ESTADO No. **008** **Fecha:** 24 DE FEBRERO DE 2022 7:00 A.M **Página:** **4**

| No Proceso | Clase de Proceso | Demandante | Demandado | Descripción Actuación | Fecha Auto | Folio | Cuad. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 41001 4189005 2021 00141 | Ejecutivo Singular | YINETH STELLA LIBERATO VERA | LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ | Auto requiere<br>SE REQUIERE A PAGADOR DE POLICIA NACIONAL. NO SE ACCEDE A SOLICITUD DE INFORMACION DE RESULTAS DE MEDIDAS CAUTELARES SOBRE CUENTAS BANCARIAS. | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00181 | Ejecutivo Singular | AMELIA MARTINEZ HERNANDEZ | EDILBERTO RAUL ESPITIA | Auto requiere<br>30 DIAS PARA NOTIFICAR SO PENA DE DESISTIR Y NIEGA 440 | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00206 | Ejecutivo Singular | ALEXANDER POLANIA VARGAS | CARLOS FERNEY IBAÑEZ ORTIZ | Auto termina proceso por Pago | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00219 | Ejecutivo Singular | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA EPS | HENRY RMIREZ RODRIGUEZ | Auto decreta medida cautelar | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00239 | Ejecutivo Singular | FINANCIERA PROGRESSA | JENY BAUTISTA PERDOMO | Auto decreta medida cautelar | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00239 | Ejecutivo Singular | FINANCIERA PROGRESSA | JENY BAUTISTA PERDOMO | Auto 440 CGP | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00344 | Ejecutivo con Título Hipotecario | BANCO DAVIVIENDA S.A. | LUIS ARBEY CASTRO YUCUMÁ | Auto requiere<br>A OFICINA DE TRANSITO DE NEIVA | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00354 | Sucesion | MARIELA MORA | LOLA MORA RAMIREZ | Auto decreta medida cautelar | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00354 | Sucesion | MARIELA MORA | LOLA MORA RAMIREZ | Auto de Trámite<br>SE RECONOCEN HEREDEROS LEGÍTIMOS. SE FIJA FECHA PARA PRACTICA DE DILIGENCIA DE INVENTARIOS Y AVALUOS ART 501CGP. | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00424 | Verbal | EDUAR ANDRES DIAZ DIAZ | BLANCA MAYERLY MUÑOZ BOLAÑOS | Auto requiere | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00504 | Ejecutivo Singular | CESAR AUGUSTO TOVAR BURGOS | JULIETH ANDREA GUZMAN MARTINEZ | Auto termina proceso por Desistimiento Tacito | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00525 | Ejecutivo Singular | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. | LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS | Auto tiene por notificado por conducta concluyente<br>SE RECONOCE PERSONERIA A APODERADO DE PARTE DEMANDADA. SE ANEXA TRASLADO. | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00538 | Verbal | ARISMENDY CACHAYA GONZALEZ | EDILMA SUNCE CACHAYA | Auto admite demanda | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00727 | Ejecutivo Singular | GLADYS YAIME NARVAEZ | JUAN CARLOS GUARNIZO PERALTA | Auto termina proceso por Desistimiento Tacito | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00786 | Ejecutivo Singular | ALEXANDER IBAÑEZ MOLINA | MARIA NATALIA CHILITO MEDINA | Auto termina proceso por Pago | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00815 | Ejecutivo Singular | COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ACTIVOS Y FINANZAS S.A. | CARLOS MAURICIO SALAZAR ROJAS | Sentencia de Unica Instancia<br>DECLARA PROBADA LA PRESCRIPCION. | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00840 | Ejecutivo Singular | CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA | FELICINDA DURAN SERRATO | Auto 440 CGP | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00844 | Ejecutivo Singular | COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE | JOSE LUIS CASTAÑEDA CETINA | Auto 440 CGP | 23/02/2022 | | |
| 41001 4189005 2021 00846 | Ejecutivo con Título Hipotecario | FONDO NACIONAL DEL AHORRO CARLOS LLERAS RESTREPO | MATILDE RODRIGUEZ GUZMAN | Auto requiere<br>A LA PARTE DEMANDANTE | 23/02/2022 | | |

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO:** **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
**DEMANDANTE:** **YINETH STELLA LIBERATO VERA**
**DEMANDADO:** **LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ**
**RADICACIÓN:** **41-001-41-89-005-2021-00141-00**

En atención al memorial que antecede, a través de la cual la parte actora solicita que se requiera al tesorero y/o pagador o quien haga sus veces, del **POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**, para que den cumplimiento a lo ordenado mediante oficio No. 0833 del 15 de abril de 2021.

Por otra parte, se encuentra petición a través de la cual se solicita información sobre dineros retenidos y respuestas de medidas cautelares de bancos, no obstante, revisado el expediente, el Despacho da cuenta que en proceso de la referencia no existe decreto de medidas cautelares de embargo y retención de dinero en entidades bancarias.

Así mismo, y por ser procedente, el Despacho procede a remitir consulta de relación de depósitos judiciales. Se anexa la precitada relación de depósitos.

En consecuencia, el Juzgado,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: REQUERIR** al **PAGADOR** de la **POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA** para que dé inmediata respuesta y cumplimiento a lo ordenado por su este Despacho y que fuere comunicado mediante oficio No. 0833 del 15 de abril de 202, con respecto al embargo y retención de la quinta (1/5) parte de lo que exceda el salario mínimo legal mensual vigente que perciba o llegue a percibir el demandado LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ identificado con C.C. No. 1.105.677.724 derivado de su vínculo como miembro de la Policía Nacional de Colombia, so pena de dar aplicación a las medidas a que haya lugar.

LÍBRESE oficio y hágase envío de la misma a la entidad al correo electrónico diraf.oac@policia.gov.co, ditah.gruem-jef@policia.gov.co, decas.notificacion@policia.gov.co, ditah.gruno-em4@policia.gov.co y diraf.oac1@policia.gov.co a la parte actora a través de los correos electrónicos abogadosliberato@gmail.com, para que proceda de conformidad.

Se anexa auto y oficio comunicando las mentadas medidas cautelares.

**SEGUNDO: NO ACCEDER** a la solicitud de información sobre decreto de medidas cautelares de embargo y retención de dineros en entidades bancarias, por lo expuesto en la presente providencia.

Notifíquese y cúmplase

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008** hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIO

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIO

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples***

*Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**Oficio Nro. 0494**

Señor (es)
Tesorero y/o Pagador
**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**
diraf.oac@policia.gov.co
ditah.gruem-jef@policia.gov.co
decas.notificacion@policia.gov.co
ditah.gruno-em4@policia.gov.co
diraf.oac1@policia.gov.co
abogadosliberato@gmail.com
Ciudad.-

**Ref.: Ejecutivo Singular de Mínima Cuantía de YINETH STELLA LIBERATO VERA identificada con C.C. No. 36.306.515 en contra de LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ identificado con C.C. No. 1.075.289.767.**

**Radicado No. 41-001-41-89-005-2021-00141-00**

Comedidamente le comunico que mediante auto dictado dentro del proceso de la referencia se **DISPUSO**, **REQUERIRLO** para que dé inmediata respuesta y cumplimiento a lo ordenado por su este Despacho y que fuere comunicado mediante oficio No. 0833 del 15 de abril de 202, con respecto al embargo y retención de la quinta (1/5) parte de lo que exceda el salario mínimo legal mensual vigente que perciba o llegue a percibir el demandado LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ identificado con C.C. No. 1.105.677.724 derivado de su vínculo como miembro de la Policía Nacional de Colombia, so pena de dar aplicación a las medidas a que haya lugar.

Se anexa soporte de radicación de oficio 0753 del 21 de abril de 2021.

Cordialmente,

**LILIANA HERNANDEZ SALAS**
Secretaria

/JDM

**SEÑOR**

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS DE NEIVA**

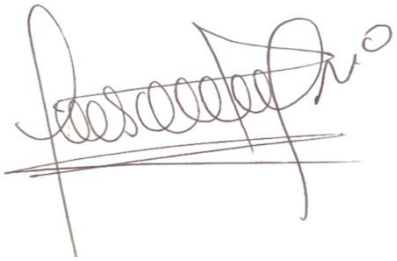
**E. S. D.**

**DEMANDANTE: YINETH STELLA LIBERATO VERA**
**DEMANDADO: LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ**
**RADICACIÓN: 41001418900520210014100**

**ASUNTO: RECIBIDO RADICACION DE DOCUMENTOS**

**YINETH STELLA LIBERATO,** actuando como demandante dentro del proceso de referencia, respetuosamente me dirijo a este despacho para allegar constancia de recibido de la Medida Cautelar que se decretó en contra del señor **LUIS EDUARDO DONOSO SAEN**
.

Para fines pertinentes:



**YINETH STELLA LIBERATO VERA**
**CC 36.306.515.**

CALLE 8 #4- 71 CENTRO TEL.871 30 64
MÓVIL 3143903626 -3214213152
abogadosliberato@gmail.com
NEIVA – HUILA – COLOMBIA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples***
*Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, quince (15) de abril de dos mil veintiuno (2021)

**Oficio No. 0833**

Señor (es)
Tesorero y/o Pagador
**POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA**
diraf.oac@policia.gov.co
diraf.oac1@policia.gov.co
Ciudad.-
Calle 21 #12-50 Bl tenerife

**Ref.: Ejecutivo Singular de Mínima Cuantía de YINETH STELLA LIBERATO, identificada con C.C. No. 36.306.515 contra LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ identificado con C.C. No. 1.105.677.724.**

**Radicado No. 41001-41-89-005-2021-00141-00**

Me permito informarle, que mediante auto calendado el día de hoy se decretó **EL EMBARGO Y RETENCION**, de la quinta (1/5) parte de lo que exceda el salario mínimo legal mensual vigente que perciba o llegue a percibir el demandado **LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ Identificado con C.C. No. 1.105.677.724** derivado de su vinculación como miembro de la Policía Nacional de Colombia.

Sírvase a proceder a la retención de los dineros y situarlos a nombre de Este juzgado en el BANCO AGRARIO en la Cuenta Nro. 410012041008, de esta ciudad, hasta nueva orden.

Atentamente,

**LILIANA HERNANDEZ SALAS**
Secretaria. -

/JDM

31/04/21
830A
Fabio Tovar Dossa
12 138831 Neiva

FAVOR DEVOLVER COPIA
FIRMADA Y SELLADA

10-223858

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples***
*Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, quince (15) de abril de dos mil veintiuno (2021)

| | |
|---|---|
| **PROCESO:** | **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA** |
| **DEMANDANTE:** | **YINETH STELLA LIBERATO VERA** |
| **DEMANDADO:** | **LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ** |
| **RADICACIÓN:** | **41-001-41-89-005-2021-00141-00** |

Observada la petición de parte, el Despacho

**RESUELVE:**

**PRIMERO: DECRETAR EL EMBARGO Y RETENCION**, de la quinta (1/5) parte de lo que exceda el salario mínimo legal mensual vigente que perciba o llegue a percibir el demandado **LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ identificado con C.C. No. 1.105.677.724** derivado de su vinculación como miembro de la Policía Nacional de Colombia.

**LÍBRESE** oficio al pagador para lo de su competencia al correo electrónico diraf.oac@policia.gov.co y diraf.oac1@policia.gov.co, haciendo remisión del mismo modo a la parte actora a través del correo electrónico abogadosliberato@gmail.com.

Notifíquese y cúmplase

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

SURENVIOS
LLEGAMOS PRIMERO
NIT. 813.000.298-7
COPIA COTEJADA

SURENVIOS
Mensajeria, Mercancias y Carga

SURENVIOS S.A.S.
813000296-7
Oficina Principal: Aut. Medellin Km. 1 Costado Norte Bodega 6 Venecia
Servicio al Cliente Nacional 018000180777
www.surenvios.com.co

**ME**

Lic.MinTIC 000108 de enero de 29 de 2013

*Factura Venta Contado*

100000223858

| Fecha Admisión | Hora | ORIGEN CIUDAD - DPTO.: | DESTINO, CIUDAD - DPTO. / PAÍS | CITA PARA ENTREGAR | Días de Entrega |
|---|---|---|---|---|---|
| 2021-05-28 | 4:44 p.m. | 41001000 - NEIVA - HUILA | 41001000 - NEIVA - HUILA | | 24 |

JUZGADO 5 PEQUEÑAS CAUSAS COMPETENCIAS MULTIPLES _ESPORADICOS

Dirección
PALACIO DE JUSTICIA

| Tel./Cel.: | Cédula /T.I./NIT.: | Código Postal Origen: | Cod. Cuenta |
|---|---|---|---|
| 000000000 | 000000000 | 410001 | 1-1-1 |

DESTINATARIO (Nombre)
POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA

Dirección
CL 21 # 12 50

| Tel./Cel.: | Cédula /T.I./NIT.: | Código Postal Destino |
|---|---|---|
| 00000000000 | 000000000 | 410001 |

Dice Contener
DOCUMENTOS

Nombre / C.C. Remitente

Declaro que el envió no lleva joyas, dinero, títulos valores

| Documentos | |
|---|---|
| NOTAS | CARTA PORTE<br>RAD-2021-00141-00 |

| Unidades | Peso (Kg): | Peso Vol. | Peso Cobrar(Kgs.): | Vr. Declarado: | Vr. Flete | Costo Manejo: | Vr. Otros / Cartaporte | Total Fletes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 | 1 | $ 5.000 | $ 3.900 | $ 100 | $ 3.000 | $ 7.000 |

**CAUSALES DE DEVOLUCION DEL ENVIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Desconocido | 1 | 2 | 3 |
| Rehusado | 1 | 2 | 3 |
| No reside | 1 | 2 | 3 |
| No reclamado | 1 | 2 | 3 |
| Dirección errada | 1 | 2 | 3 |
| Otros | 1 | 2 | 3 |
| Nov. Oper./Cerrado | 1 | 2 | 3 |

Fecha de Devolución al remitente

D M A Hora

Observaciones en la entrega:

**Intento de Entrega**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | D | M | A | Hora | |
| 2 | D | M | A | Hora | |
| 3 | D | M | A | Hora | |

Recibí a satisfacción
Nombre C.C. Y Sello Destinatario

D M A Hora

Cartaportes 0

N_AS

El usuario deje expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página WEB de Surenvios S.A.S., www.surenvios.com.co, que regula el servicio acordado entre las partes cuyo contenido clausular acepta expresamente con la suscripción de este documento.

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

Prosperidad para todos

**DATOS DEL DEMANDADO**

**Tipo Identificación** CEDULA DE CIUDADANIA **Número Identificación** 1105677724 **Nombre** LUIS EDUARDO DONOSO SAENZ

**Número de Títulos** 7

| *Número del Título* | *Documento Demandante* | *Nombre* | *Estado* | *Fecha Constitución* | *Fecha de Pago* | *Valor* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 439050001045339 | 36036515 | YINETH STELLA LIBERATO | IMPRESO ENTREGADO | 29/07/2021 | NO APLICA | $ 284.335,29 |
| 439050001048152 | 36036515 | YINETH STELLA LIBERATO | IMPRESO ENTREGADO | 27/08/2021 | NO APLICA | $ 285.165,64 |
| 439050001052092 | 36036515 | YINETH STELLA LIBERATO | IMPRESO ENTREGADO | 30/09/2021 | NO APLICA | $ 297.351,21 |
| 439050001055203 | 36036515 | YINETH STELLA LIBERATO | IMPRESO ENTREGADO | 29/10/2021 | NO APLICA | $ 254.579,64 |
| 439050001058772 | 36036515 | YINETH STELLA LIBERATO | IMPRESO ENTREGADO | 01/12/2021 | NO APLICA | $ 246.025,32 |
| 439050001061615 | 36036515 | YINETH STELLA LIBERATO | IMPRESO ENTREGADO | 28/12/2021 | NO APLICA | $ 246.025,32 |
| 439050001063996 | 36036515 | YINETH STELLA LIBERATO | IMPRESO ENTREGADO | 31/01/2022 | NO APLICA | $ 227.730,52 |

**Total Valor** $ 1.841.212,94

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas y Competencias Múltiples de Neiva***

*Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449 www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO:** **EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA CUANTIA**
**DEMANDANTE:** **AMELIA MARTINEZ HERNANDEZ**
**DEMANDADO:** **EDILBERTO RAUL ESPITIA**
**RADICACIÓN:** **41-001-41-89-005-2021-00181-00**

De cara a la petición de la parte ejecutante a través de la cual solicita se ordene seguir con la ejecución, el Despacho considera menester indicarle que la notificación no se encuentra surtida en debida forma, pues haca falta certificación de la entrega de la comunicación consagrada en el artículo 292 del Código General del Proceso, por cuanto dentro del expediente se encuentra la notificación personal, a través de empresa de mensajería, obviando aportar prueba de la comunicación en mención, situación que impide al Juzgado dictar auto de seguir adelante la ejecución.

Ahora, cabe precisar que al ser una notificación vía mensajería de documentos físico no se puede acudir a las disposiciones del Decreto 806 de 2020, al no tratarse de una comunicación vía mensajes de datos.

Con todo lo anterior, procede el Despacho a **REQUERIR** a la parte demandante para que en el término de treinta (30) días contados a partir de la ejecutoría de la presente providencia, notifique a los demandados de conformidad con el Código General del Proceso o el Decreto 806 de 2020, so pena de dar desistimiento tácito de conformidad con el artículo 317 del C.G.P. numeral 1.

Notifíquese.

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez**

YEZS

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022 en** la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No.**008** hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIO

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIO

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTIA**
**DEMANDANTE : ALEXANDER POLANIA VARGAS (cesionario STEVE ANDRADE MENDEZ)**
**DEMANDADO : CARLOS FERNEY IBAÑEZ ORTIZ**
**RADICACIÓN : 41-001-41-89-005-2021-00206-00**

Al Despacho para resolver las peticiones allegadas al correo electrónico institucional, suscrita por las partes del proceso, por medio de la cual solicitan la terminación del proceso, vez que la parte demandada se encuentra al día con la obligación de la cual se pretendía su cobro judicial, por cuanto efectuó el PAGO TOTAL de la misma, se ordene el levantamiento de las medidas cautelares decretadas y practicadas dentro del proceso de la referencia, se oficie a las entidades respectivas toda y se ordene el archivo del expediente, previo desglose de la demanda y de los documentos que la acompañan y que son base de la acción a la parte demandada, frente a lo cual, por ser procedente lo peticionado por las partes, en virtud de lo establecido en el artículo 461 del Código General del Proceso, el Juzgado,

**RESUELVE**

**PRIMERO: DECLARAR TERMINADO POR PAGO TOTAL DE LA OBLIGACION,** el presente PROCESO EJECUTIVO adelantado por **ALEXANDER POLANIA VARGAS,** identificado con C.C. No. 7.701.845 en contra de **CARLOS FERNEY IBAÑEZ ORTIZ,** identificado con C.C. No. 12.266.891, por la obligación desprendida del no pago de la obligación contenida en el título valor *–letra de cambio-* presentada para su cobro.

**SEGUNDO:** Como consecuencia de lo anterior, se decreta el levantamiento de las medidas cautelares existentes. Por **Secretaría**, procédase en tal sentido**.**

**TERCERO: CANCELAR** a favor del cesionario de la parte actora **STEVE ANDRADE MENDEZ** identificado con C.C. No. 7.722.335, los depósitos judiciales existentes y que aparecen en la relación de depósitos judiciales que se arrima al expediente, hasta el depósito judicial No. 439050001063253, todos por el valor de **CATORCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRECE PESOS M/CTE ($14.367.013 M/Cte)**. **Por Secretaría** procédase de conformidad.

**CUARTO:** En caso de constituir un depósito judicial con posterioridad al día 25 de enero de 2022, por el valor de UN MILLÓN TRESCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUENTO CINCO PESOS M/CTE ($1.331.105 M/Cte), se ordena **CANCELARLO** a favor del cesionario de la parte actora STEVE ANDRADE MENDEZ identificado con C.C. No. 7.722.335. **Por Secretaría** procédase de conformidad.

**QUINTO: DESGLÓSESE** los documentos que sirvieron de base para la presente acción con la expresa constancia de que la obligación se ha extinguido por pago total, efectuado por la parte demandada a quien se le hará entrega de los documentos desglosados.

**SEXTO:** Sin lugar a condena en costas para las partes.

**SÉPTIMO:** Cumplido lo anterior, de conformidad con el artículo 122 del Código General del Proceso, **ARCHÍVESE** el expediente, previas las anotaciones en el software de gestión

Notifíquese,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008**, hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

| | |
|---|---|
| **PROCESO:** | **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA** |
| **DEMANDANTE:** | **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA** |
| **DEMANDADO:** | **HENRY RAMIREZ RODRIGUEZ** |
| **RADICACIÓN:** | **41-001-41-89-005-2021-00219-00** |

Atendiendo la solicitud de medida previa, y por ser procedente, el Juzgado,

**RESUELVE**

**PRIMERO: DECRETAR EL EMBARGO Y RETENCION**, de la quinta (1/5) parte de lo que exceda del salario mínimo legal mensual vigente de lo devengado por concepto de salario, o el treinta (30%) de lo de lo devengado por concepto de honorarios que perciba o llegue a percibir el demandado **HENRY RAMIREZ RODRIGUEZ identificado con C.C. No. 1.075.259.748,** derivado de su vinculación con la empresa **COMERCIALIZADORA ARTURO CALLE S.A.S**.

**LÍBRESE** oficio al pagador y/o quien haga sus veces de la **COMERCIALIZADORA ARTURO CALLE S.A.S.** para lo de su competencia, al correo electrónico contactenos@arturocalle.com, haciendo remisión del mismo a la parte actora a través del correo electrónico perdomovargas_asociados@hotmail.com.

Notifíquese y cúmplase

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008**, hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva***

*Palacio de Justicia Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449- email www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, trece (13) de enero de dos mil veintiuno (2021)

**Oficio No. 0463**

Señor (a) (es)
TESORERO Y/O PAGADOR
**COMERCIALIZADORA ARTURO CALLE S.A.S.**
contactenos@arturocalle.com
perdomovargas_asociados@hotmail.com
Ciudad.-

**Ref.: Ejecutivo Singular de Mínima Cuantía de CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR Identificado con Nit. No. 891.180.008-2 en contra de HENRY RAMIREZ RODRIGUEZ identificado con C.C. No. 1.075.259.748.**

**Radicado No. 41001-41-89-005-2021-00219-00**

Me permito informarle, que mediante auto calendado el día de hoy se decretó **EL EMBARGO Y RETENCION**, de la quinta (1/5) parte de lo que exceda del salario mínimo legal mensual vigente de lo devengado por concepto de salario, o el treinta (30%) de lo de lo devengado por concepto de honorarios que perciba o llegue a percibir el demandado **HENRY RAMIREZ RODRIGUEZ identificado con C.C. No. 1.075.259.748,** derivado de su vinculación con la empresa **COMERCIALIZADORA ARTURO CALLE S.A.S**.

Sírvase a proceder a la retención de los dineros y situarlos a nombre de Este juzgado en el BANCO AGRARIO en la Cuenta Nro. 410012041008, de esta ciudad, hasta nueva orden.

Atentamente,

**LILIANA HERNANDEZ SALAS**
Secretaria. -

/JDM

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
**DEMANDANTE : FINANCIERA PROGRESSA**
**DEMANDADO : JENY BAUTISTA PERDOMO**
**RADICADO : 41-001-41-89-005- 2021-00239-00**

Por reunir la presente solicitud los requisitos del art. 599 del Código General del Proceso, el Juzgado,

**RESUELVE.-**

**PRIMERO: DECRETAR EL EMBARGO Y RETENCIÓN** de la quinta parte que exceda del salario mínimo que la demandada Señora **YENY BAUTISTA PERDOMO,** identificada con la **c.c. No. 55.157.825** perciba como empleada de la UNIDAD ONCOLOGICA SUR COLOMBIANA SAS, NIT: 9003357801.

Líbrese el oficio correspondiente y envíese a administrativa@unidadoncosurcolombiana.com.

**NOTIFIQUESE.**

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez.-**

**/AMR.-**

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008** hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples***

*Palacio de Justicia de Neiva, Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449- www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, veinticinco (25) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**OFICIO No. 00422**

Señor(a)
PAGADOR Y/O TESORERO
**UNIDAD ONCOLOGICA SUR COLOMBIANA SAS**
administrativa@unidadoncosurcolombiana.com
Ciudad

**Ref: Ejecutivo Singular de Mínima Cuantía adelantado por FINANCIERA PROGRESSA con NIT 830.033.907-8, en contra de JENY BAUTISTA PERDOMO, con C.C. No. 55.157.825**
**Radicado No. 41-001-41-89-005-2021-00239-00**

De manera atenta me permito comunicarle, que este despacho mediante proveído, dictado dentro del proceso de la referencia, decretó **DECRETAR EL EMBARGO Y RETENCIÓN** de la quinta parte que exceda del salario mínimo que la demandada Señora **YENY BAUTISTA PERDOMO,** identificada con la **c.c. No. 55.157.825** perciba como empleada de la UNIDAD ONCOLOGICA SUR COLOMBIANA SAS, NIT: 9003357801.

Sírvase efectuar los descuentos mensuales respectivos y situarlos a disposición de este Juzgado por intermedio de la cuenta 410012041008 que este juzgado tiene en el Banco Agrario de Neiva, bajo los términos y con las consecuencias que señalan los numerales 9 y 10 del artículo 593 del C.G.P.

**Atentamente,**

**LILIANA HERNANDEZ SALAS.-**
**Secretaria.-**

***AMR-***

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
**DEMANDANTE : FINANCIERA PROGRESSA**
**DEMANDADO : JENY BAUTISTA PERDOMO**
**RADICADO : 41-001-41-89-005- 2021-00239-00**

La parte demandante **FINANCIERA PROGRESSA,** identificada con NIT 830033907-8, actuando a través de apoderado judicial, incoa demanda **Ejecutiva de Singular de Mínima Cuantía**, en contra de **JENY BAUTISTA PERDOMO** identificado con C.C. No. 55.157.825, con el fin de obtener el pago de una obligación de plazo vencido, aportando como sustento de su pretensión (*Pagaré*) que desprende una obligación clara y expresa, para ser cancelada en esta ciudad.

La demanda fue admitida mediante auto interlocutorio de mandamiento de pago calendado **ocho (08) de abril de dos mil veintiuno (2021)**, ordenándose cancelar a la parte actora, la suma pretendida junto con los intereses moratorios legales desde que se hicieron exigibles hasta el pago total de la obligación.

Luego, avizora este Juzgador que el demandado se les notificó vía correo electrónico, y este, dejó vencer en silencio el traslado de la demanda.

Así las cosas, al tenor de lo previsto por el artículo 440 del Código General del Proceso, se ha de proferir Auto de seguir adelantar la ejecución.

Por lo anterior, el Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva (antes Juzgado Octavo Civil Municipal de Neiva), administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.

**RESUELVE**

**PRIMERO: ORDENAR** seguir adelante la presente ejecución en contra del señor **JENY BAUTISTA PERDOMO** identificada con C.C. No. 55.157.825**,** por las sumas señaladas en el auto de Mandamiento de Pago.

**SEGUNDO: ORDENAR** a las partes presentar la liquidación del crédito con fundamento en el artículo 446 del Cód. General del Proceso.

**TERCERO: CONDENAR** en Agencias de derecho a la parte demandada. Incluyéndose en la liquidación respectiva como agencias en derecho la suma de **$400.000 M/cte**., de conformidad con el numeral 2 del artículo 365 del Cód. General del Proceso.

Notifíquese,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/AMR

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008**, hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

# *Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples*

*Palacio de Justicia de Neiva, Carrera 4 No. 6 – 99, Oficina 806, Teléfono 8711449 www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA CUANTIA**
**DEMANDANTE : BANCO DAVIVIENDA S.A.**
**DEMANDADO : LUIS ARVEY CASTRO YUCUMA**
**RADICADO : 41-001-41-89-005-2021-00344-00**

Revisado el expediente y teniendo en cuenta que la parte actora desde el día 11 de octubre de 2021, había solicitado se requiera a TRANSITO NEIVA para que inscriba la medida comunicada mediante oficio 932 del 22 de abril de 2021, y no se le había dado tramite, el despacho,

**RESUELVE.-**

**PRIMERO: REQUERIR** a OFICINA DE TRANSITO DE NEIVA para que tome nota de la medida cautelar de embargo y retención del automotor camión identificado con placas TGZ-977 marca Chevrolet modelo 2015 Línea NQR color BLANCO y número de chasis 9GDN1R756FB004587 de propiedad de LUIS ARBEY CASTRO YUCUMA identificado con cédula de ciudadanía número 7.698.729, comunicada mediante oficio 932 del 22 de abril de 2021. Por secretaria líbrese el respectivo oficio.

**SEGUNDO:** Dejar sin efectos el auto del 18 de noviembre de 2021, el cual requería a la parte actora para que notificara a la parte demandada, so pena de desistimiento tácito.

**NOTIFÍQUESE.**

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez.-**

**AMR**

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, 24 de febrero de 2022 en la fecha hago constar que para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. 008 hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIO

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIO

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO:** **VERBAL - SUCESIÓN**
**DEMANDANTE:** **MARIELA MORA**
**CAUSANTE:** **LOLA MORA RAMÍREZ**
**RADICACIÓN:** **41-001-41-89-005-2021-00354-00**

Al despacho para resolver la solicitud de medidas cautelares elevada por el apoderado judicial del actor, el Juzgado

**RESUELVE**

**PRIMERO: DECRETAR** el **EMBARGO Y POSTERIOR SECUESTRO** del inmueble identificado con cédula catastral No. 010400000103004300000000000 y matrícula inmobiliaria No. 200-187516 de la oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Neiva, que figura a nombre de la causante **LOLA MORA RAMÍREZ** quien en vida se identificó con C.C. No. 26.405.510.

Líbrese Oficio a la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Neiva al correo electrónico aportado por la parte actora: ofiregisneiva@supernotariado.gov.co y documentosregistroneiva@supernotariado.gov.co, e informándole a la parte actora a través del correo electrónico maria_aydee@msn.com.

Notifíquese y cúmplase

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**Oficio No. 0423**

Señor (es)
**OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PÚBLICOS DE NEIVA**
ofiregisneiva@supernotariado.gov.co
documentosregistroneiva@supernotariado.gov.co
maria_aydee@msn.com
Ciudad.-

**Ref.: Ejecutivo Singular de Mínima Cuantía de MARIELA MORA identificado con C.C. No. 41.730.653, en contra de LOLA MORA RAMIREZ (q.e.p.d.) identificada con C.C. No. 26.405.510.**

**Radicado No. 41001-41-89-005-2021-00354-00**

Le comunico que este despacho judicial por auto calendado el día de hoy **DECRETÓ** "el **EMBARGO Y POSTERIOR SECUESTRO** del inmueble identificado con cédula catastral No. 010400000103004300000000000 y matrícula inmobiliaria No. 200-187516 de la oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Neiva, que figura a nombre de la causante **LOLA MORA RAMÍREZ** quien en vida se identificó con C.C. No. 26.405.510.

Sírvase proceder de conformidad oportunamente.

Atentamente,

**LILIANA HERNANDEZ SALAS**
Secretaria. -

/JDM

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO:** **VERBAL - SUCESIÓN**
**DEMANDANTE:** **MARIELA MORA**
**CAUSANTE:** **LOLA MORA RAMÍREZ**
**RADICACIÓN:** **41-001-41-89-005-2021-00354-00**

Teniendo en cuenta lo manifestado a través de escrito elevado por los señores LINA PAOLA CUENA MORA, LEIDY MARLENY CUENCA MORA, MIRYAM YURANY CUENCA MORA, FABIAN ANDRES CUENCA MORA, CARLOS ALBERTO SOTO, LUIS HERNANDO MORA y MARTHA CRISTINA CUENCA MORA, a través del cual demostraron ser herederos por trasmisión de la señora SUSANA MORA (q.e.p.d.), el despacho procederá de conformidad.

Por otra parte, Vencido el término del edicto emplazatorio, efectuadas las publicaciones y agregadas al expediente como lo dispone el artículo 108 del Código General del Proceso, se señala **la hora de las 09:00 de la mañana del día lunes cinco (05) del mes de abril de 2021**, para la práctica de la audiencia de inventario y avalúo de bienes y deudas de la herencia, para la cual se aplicarán las reglas que consagra el artículo 501 de la norma procesal vigente.

**RESUELVE**

**PRIMERO: TENER COMO HEREDEROS LEGITIMOS** a los señores LINA PAOLA CUENA MORA, LEIDY MARLENY CUENCA MORA, MIRYAM YURANY CUENCA MORA, FABIAN ANDRES CUENCA MORA, CARLOS ALBERTO SOTO, LUIS HERNANDO MORA y MARTHA CRISTINA CUENCA MORA dentro del presente asunto, quienes demostraron ser herederos por trasmisión de la señora SUSANA MORA (q.e.p.d.), para que actúen dentro de la presente causa.

**SEGUNDO: SEÑALAR** la hora de las **09:00 AM** del día Martes **SEIS (6) de ABRIL de DOS MIL VEINTIDOS (2022)**, para la práctica de la **DILIGENCIA DE INVENTARIOS Y AVALUOS DE BIENES Y DEUDAS** del que trata el artículo 501 del Código General del Proceso.

**TERCERO: EXHORTAR** a los apoderados judiciales y/o partes aquí involucradas con el fin de que remitan al correo institucional de este despacho judicial cmpl08nei@cendoj.ramajudicial.gov.co, el correo electrónico por medio del cual accederán a la audiencia virtual, advirtiendo que, si no es suministrada esta información, la audiencia se adelantará dejando constancia de su inasistencia.

Notifíquese,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008**, hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA CUANTIA**
**DEMANDANTE : EDUAR ANDRES DIAZ DIAZ**
**DEMANDADO : BLANCA MAYERLY MUÑOZ BOLAÑOS**
**RADICADO : 41-001-41-89-005-2021-00424-00**

Revisado el expediente y teniendo en cuenta que la parte actora allegó la notificación personal del demandado conforme al artículo 6 del decreto 806 del 2020, pero no allegó la constancia de recibido, el despacho,

**RESUELVE.-**

**REQUERIR** a la parte actora, para que en el término de treinta (30) días allegue la constancia de recibido de la notificación personal hecha a **BLANCA MAYERLY MUÑOZ BOLAÑOS**, de conformidad con el artículo artículo 8 del Decreto 806 de 2020, o en su defecto gestione la notificación conforme a los artículos 291 al 293 del Código General del Proceso, so pena de dar aplicación a la figura jurídica del Desistimiento Tácito con relación a la demanda que nos ocupa, tal como lo dispone el numeral 1 del artículo 317 de la norma en cita.

**NOTIFÍQUESE.**

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez.-**

**AMR**

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, 24 de febrero de 2022 en la fecha hago constar que para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. 008 hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIO

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIO

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
**DEMANDANTE : CESAR AUGUSTO TOVAR BURGOS**
**DEMANDADO : JULIETH ANDREA GUZMAN MARTINEZ**
**YERALDIN BORRERO LOSADA**
**RADICADO : 41-001-41-89-005-2021-00504-00**

El artículo 317 de la ley 1564 de 2012 estableció el desistimiento tácito como una forma de terminación anormal del proceso, norma que entró en vigencia a partir del primero (1) de octubre de dos mil doce (2012) en virtud a lo establecido en el artículo 627 numeral 4 ibídem.

En efecto, cuando para continuar el trámite de la demanda, del llamamiento en garantía, de un incidente o de cualquiera otra actuación promovida a instancia de parte, se requiera el cumplimiento de una carga procesal o de un acto de la parte que haya formulado aquella o promovido estos, el juez le ordenará cumplirlo dentro de los treinta (30) días siguientes mediante providencia que se notificará por estado.

Vencido dicho término sin que quien haya promovido el trámite respectivo cumpla la carga o realice el acto de parte ordenado, el juez tendrá por desistida tácitamente la respectiva actuación y así lo declarará en providencia en la que además impondrá condena en costas, sin embargo, el juez no podrá ordenar el requerimiento previsto, cuando estén pendientes actuaciones encaminadas a consumar las medidas cautelares previas.

Visto el proceso de la referencia, se tiene que el citado requerimiento se hizo mediante auto calendado el veinticinco (25) de noviembre de dos mil veintiuno (2021) notificado por estado 073 del 26 de noviembre de 2021, sin que la parte interesada cumpliera la carga procesal correspondiente, en cuanto a la notificación de la parte demandada, **JULIETH ANDREA GUZMAN MARTINEZ, YERALDIN BORRERO LOSADA**, ya que, si bien el apoderado allegó un trámite de notificación de **JULIETH ANDREA GUZMAN MARTINEZ** por correo electrónico, no se arrimó la constancia de recibido de acuerdo con el decreto 806 del 2020, ni se allegó el trámite de notificación de **YERALDIN BORRERO LOSADA.**

Por lo anterior, resulta imperioso decretar la terminación anormal del presente proceso por desistimiento tácito, con base en el artículo 317 del Código General del Proceso. En consecuencia, el Despacho,

**DISPONE**

**PRIMERO: DECRETAR** que operó el desistimiento tácito dentro del proceso antes referenciado.

**SEGUNDO: LEVANTESE** las medidas cautelares practicadas. Por ***Secretaría*** líbrese los oficios correspondientes.

**TERCERO:** En caso de haber títulos judiciales por cuenta de éste proceso objeto de desistimiento tácito, se ordena su entrega a los interesados, y de no ser reclamados en

la oportunidad legal, el despacho decretará la prescripción. (ACUERDO No. PSAA13-9979 de agosto 30 de 2013, artículo1° literal D.).

**CUARTO: DESGLÓSESE** la documentación que sirvió de base a la acción, con la expresa constancia de que el proceso terminó por Desistimiento Tácito. Entréguesele a la parte demandante, previo el pago del arancel judicial.

**QUINTO: ADVERTIR** a la parte demandante que la demanda podrá formularse nuevamente pasados seis meses contados desde la ejecutoria de la presente providencia.

**SEXTO: NO CONDENAR** en costas a las partes.

**SEPTIMO: ARCHÍVESE** el expediente una vez en firme el presente auto.

Notifíquese y cúmplase.

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**JUEZ.-**

***/AMR.-***

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE NEIVA**

Neiva, 24 de febrero de 2021 en la fecha hago constar que para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. 008 hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIO

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIO

Neiva, veintitrés (23) de febrero año dos mil veintidós (2022)

| | |
|---|---|
| **PROCESO:** | **EJECUTIVO SINGULAR MINIMA CUANTIA** |
| **DEMANDANTE:** | **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** |
| **DEMANDADO:** | **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** |
| **RADICACION:** | **41-001-41-89-005-2021-00525-00** |

En atención a la solicitud que antecede y por ser procedente, el juzgado,

**RESUELVE**

**PRIMERO. - TENER COMO NOTIFICADO DEL AUTO DE MANDAMIENTO DE PAGO,** fechado 09 de julio de 2021, por conducta concluyente al demandado **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS identificado con Nit. 860.002.400,** a través de su abogado YESID GARCIA ARENAS identificado con C.C. No. 93.394.569 y T.P. No. 132.890 en virtud del escrito arrimado al proceso.

**SEGUNDO. - RECONOCER** personería jurídica al abogado YESID GARCIA ARENAS identificado con C.C. No. 93.394.569 y T.P. No. 132.890 expedida por el C.S. de la J, como apoderado de la parte demandada; en los términos del poder conferido.

**TERCERO. -** Se hace remisión del respectivo traslado y se contabilizaran los términos para pagar y excepcionar acorde con lo dispuesto por el artículo. 301 C.G.P.

Notifíquese,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008**, hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*RAMA JUDICIAL*

# ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Fecha : 16/jun./2021 Página 1

| CORPORACION | GRUPO | Procesos Ejecutivos | |
|---|---|---|---|
| JUZGADOS PEQUEÑAS CAUSAS | CD. DESP | SECUENCIA: | FECHA DE REPART |
| REPARTIDO AL DESPACHO | 005 | 2370 | 16/jun./2021 |

## JUZGADO 5 COMPETENCIA MULTIPLE

| IDENTIFICACION | NOMBRE | APELLLIDO | SUJETO PROCESA |
|---|---|---|---|
| 36173846 | MIREYA | SANCHEZ TOSCANO | 03 |
| 8001101819 | CLINICA DE FACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. | | 01 |
| 36173846 | MIREYA | SANCHEZ TOSCANO | 03 |

C12001-OJ01B08
lrodrigo

CUAD:
FOL:

EMPLEADO

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.03 | 09:38:00 | 2020.02.17 |

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 28

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 )
NIT: 860002400 LA PREVISORA S.A.
DIRECCION: CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC
**CONTRATO/PLAN**
001 01 SOAT

**TIPO CONTRATO**
EVENTO
TELEFONO: 8711773
**REGIMEN** **AUTORIZACION**
OTRO REGIMEN

**VIA DE INGRESO**
AMBULATORIA
ORDEN SS 64341,64350,65233,65245,65613,65663,66530
**FEC-HOR INGRES FEC-HORA EGRESO**
2018.12.24 - 14:55 2019.01.29 - 11:10

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
DOCUMENTO: CC - 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO
EDAD : 34 Anos
DIRECCION: CLL 2 NO 7 A 72 NEIVA
TELEFONO: 3208270585
OBSERVACIONES: ADM: 64341,64350,65233,65245,65613,65663

## INTERVENCIONES QUIRURGICAS

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1i Interv 100% | | | | | | | | | | |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 1 | 20 | 100.0% | CIRUJANO | FGR | 1 | 662,200 | 662,200 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 1 | | 100.0% | ANESTESIO | FGR | 1 | 386,700 | 386,700 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 1 | | 100.0% | AYUDANTE | CLF | 1 | 180,700 | 180,700 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 1 | | 100.0% | DER.SALA | CLF | 1 | 906,800 | 906,800 |
| 15140 | COLGAJO DE PIEL REGIONAL | 24-Dic-2018 | 39005 | 1 | 07 | 100.0% | CIRUJANO | RPP | 1 | 234,400 | 234,400 |
| 39105 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39105 | 1 | | 100.0% | ANESTESIO | RPP | 1 | 138,000 | 138,000 |
| 39118 | GRUPO 07 | 24-Dic-2018 | 39118 | 1 | | 100.0% | AYUDANTE | CLF | 1 | 61,700 | 61,700 |
| 39209 | GRUPO 07 | 24-Dic-2018 | 39209 | 1 | | 100.0% | DER.SALA | CLF | 1 | 439,600 | 439,600 |
| 39303 | GRUPOS 07 08 09 | 24-Dic-2018 | 39303 | 1 | | 100.0% | MATERIALE | CLF | 1 | 258,300 | 258,300 |
| | 2i+ #Via, =Ciruj | | | | | | | | | | |
| 14101 | DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, METACARPIANOS ((UNO A DOS) | 24-Dic-2018 | 39003 | 4 | 05 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 114,500 | 114,500 |
| 39103 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39103 | 4 | 05 | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 74,800 | 74,800 |
| 39207 | GRUPO 05 | 24-Dic-2018 | 39207 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 136,100 | 136,100 |
| 39302 | GRUPOS 04 05 06 | 24-Dic-2018 | 39302 | 4 | | 75.00% | MATERIALE | CLF | 1 | 83,400 | 83,400 |
| 14161 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA METACARPIANOS (UNO A DOS) | 24-Dic-2018 | 39008 | 4 | 10 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 306,800 | 306,800 |
| 39108 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39108 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 176,200 | 176,200 |
| 39121 | GRUPO 10 | 24-Dic-2018 | 39121 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 83,600 | 83,600 |
| 39212 | GRUPO 10 | 24-Dic-2018 | 39212 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 365,600 | 365,600 |
| 39304 | GRUPOS 10 11 12 13 | 24-Dic-2018 | 39304 | 4 | | 75.00% | MATERIALE | CLF | 1 | 307,000 | 307,000 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |

15 ENE 2020

RECIBIDO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 075a9bede3a35556905db5e611ec41d93de89105cdf51eb29a262ff1fe0371519f377068e8f35cf985561b77229496b9

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.03 | 09:38:00 | 2020.02.17 |

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 28

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 15102 | DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL | 24-Dic-2018 | 39003 | 4 | 05 | 75.00% | CIRUJANO | RPP | 1 | 114,500 | 114,500 |
| 39103 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39103 | 4 | 05 | 75.00% | ANESTESIO | RPP | 1 | 74,800 | 74,800 |
| 39207 | GRUPO 05 | 24-Dic-2018 | 39207 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 136,100 | 136,100 |
| 39302 | GRUPOS 04 05 06 | 24-Dic-2018 | 39302 | 4 | | 75.00% | MATERIALE | CLF | 1 | 83,400 | 83,400 |
| **ESTANCIAS** | | | | | | | | | | | |
| 38122 | HABITACION BIPERSONAL | | 38122 | | | | | | 4 | 218,700 | 874,800 |
| **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | | | | | |
| 028203 | ELECTRODOS MONITOREO 3M. | | | | | | | | 3 | 1,000 | 3,000 |
| 248800 | MASCARA OXIGENO ADULTO | | | | | | | | 1 | 7,000 | 7,000 |
| | HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO | | | | | | | | 1 | 9,500 | 9,500 |
| 010201 | VENOCAT CATETER # 20 | | | | | | | | 1 | 4,800 | 4,800 |
| | PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH | | | | | | | | 2 | 8,000 | 16,000 |
| 020109 | VICRYL SUTURA # 1 | | | | | | | | 2 | 22,250 | 44,500 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 8 | 500 | 4,000 |
| 452302 | EQUIPO MACROGOTEO | | | | | | | | 2 | 2,800 | 5,600 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 59 | 0 | 0 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 3 | 1,500 | 4,500 |
| | PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 010102 | GUANTE ESTERIL 8 .0 | | | | | | | | 6 | 1,500 | 9,000 |
| | VENDA ALGODON 5X5 | | | | | | | | 1 | 4,100 | 4,100 |
| 010201 | VENDA ELASTICA DE 5X5 | | | | | | | | 2 | 4,800 | 9,600 |
| 010101 | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 010101 | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 2 | 564 | 1,128 |
| 908606 | GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO | | | | | | | | 6 | 1,500 | 9,000 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 30 | 500 | 15,000 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 3 | 500 | 1,500 |
| 015501 | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | | | | | | | | 26 | 584 | 15,200 |
| | TUBO ENDOTRAQUEAL 6.5 | | | | | | | | 1 | 14,700 | 14,700 |
| | COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED | | | | | | | | 5 | 2,300 | 11,500 |
| 010101 | LAPIZ PARA ELECTROBISTURI | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 010101 | SONDA NELATON NO. FR 18 | | | | | | | | 1 | 4,700 | 4,700 |
| **MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| 19942561 | LACTATO RINGER X 500ML | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 19942561 | LACTATO RINGER X 500ML | | | | | | | | 8 | 4,128 | 33,024 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 2 | 4,819 | 9,638 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 300 | 22 | 6,600 |
| 20072004 | PROPOFOL 1% 10 MG/20ML | | | | | | | | 15 | 0 | 0 |

Grupo Nork - Previsora
15 ENE 2020
RECIBIDO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 075a9bede3a35556905db5e611ec41d93de89105cdf51eb29a262ff1fe0371519f377068e8f35cf985561b77229496b9

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.03 | 09:38:00 | 2020.02.17 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 28

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 50 | 2,500 | 125,000 |
| 20067651 | DICLOFENACO 75MG /3ML | | | | | | | | 14 | 2,500 | 35,000 |
| 19903409 | FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML FENTANILO | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| 23876-02 | GENTAMICINA X 80MG/2ML VITALIS | | | | | | | | 9 | 3,700 | 33,300 |
| 53285-01 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 53285-01 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 15 | 3,387 | 50,805 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 300 | 29 | 8,700 |
| 49658-06 | OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION | | | | | | | | 45 | 0 | 0 |
| 19953260 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARMALOGICA | | | | | | | | 18 | 11,300 | 203,400 |
| 20006845 | DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| **IMAGENES DX** | | | | | | | | | | | |
| 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO | 2019.01.15 | 873206 | | FGR | | | | 1 | 46,700 | 46,700 |
| 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO | 2019.01.29 | 873206 | | FGR | | | | 1 | 46,700 | 46,700 |
| **LABORATORIOS** | | | | | | | | | | | |
| 19304 | CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA | 2018.12.27 | 902208 | | | | | | 1 | 21,600 | 21,600 |
| **OTROS** | | | | | | | | | | | |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2018.12.24 | 890202 | | FGR | | | | 1 | 38,500 | 38,500 |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2018.12.24 | 890202 | | RPP | | | | 1 | 38,500 | 38,500 |
| 39139 | CONSULTA PREANESTESICA | 2018.12.24 | 890202 | | JHT | | | | 1 | 38,500 | 38,500 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.01.09 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.01.15 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.01.29 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2019.01.09 | S22101 | | ACM | | | | 1 | 19,600 | 19,600 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2019.01.16 | S22101 | | ACM | | | | 1 | 19,600 | 19,600 |

| VALOR BRUTO: | 14,190,895 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 14,190,895 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: CATORCE MILLONES CIENTO NOVENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.**********

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

**FACTURADOR :** LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 075a9bede3a35556905db5e611ec41d93de89103cdf51eb29a262ff1fe0371519f377068e8f35cf985561b77229496b9

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800.110.181-9

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO $14.190.895

Cristian Muñoz

CARTERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

**Usuario** CAROLINA GUZMAN CAMELO

**Fecha Radicaci¾n:** D D M M A A A A

**No.Radicado**

**RG** [ ]

**No. Radicado Anterior**
**{Respuesta a glosa, marcar x en RG}**

**Nro. Factura**
**\Cuenta de Cobro** 28

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

**Razon social** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**Codigo Habilitacion:** 410010046601 **Nit:** 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

MORA — **1er.Apellido o Razon Social**

NINCO — **2do.Apellido**

CESAR — **1er.Nombre**

AUGUSTO — **2do.Nombre**

**Tipo de Documento:** [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS

**No. Documento:** 7729325

**De:** 41001 **Fecha de Nacimiento:** 22/02/1984 **Sexo:** [ ] F [X] M

**Direcci¾n:** CLL 2 NO 7 A 72

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3208270585

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001

**Condicion del accidentado:** [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Naturaleza del Evento:**

**Accidente de Transito** [X]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Naturales:** | **Sismo** | [ ] | **Maremoto** | [ ] | **Erup. Volcanicas** | [ ] | **Huracßn** [ ] |
| | **Inundaciones** | [ ] | **Avalancha** | [ ] | **Desliz. de Tierra** | [ ] | **Incendio Natural** [ ] |
| **Terroristas:** | **Explosi¾n** | [ ] | **Masacre** | [ ] | **Mina Antipersonal** | [ ] | **Combate** [ ] |
| | **Incendio** | [ ] | **Ataques a Municipios** | [ ] | **Desplazados** | [ ] | |
| | **Otros** [ ] | **Cual?** | | | | | |

**Direcci¾n de la Ocurrencia:** KM 2 + 500 VIA NEIVA LA ULLOA

**Fecha Evento/Accidente:** 24/12/2018 **Hora:** 06:55

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municipio:** RIVERA **Cod.** 615 **Zona:** [ ] U [X] R

**Informe del accidente (Relato breve de los hechos):**
PACIENTE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OZL68C CUANDO PIERDE EL CONTROL SE SALE DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES

## IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Estado de Aseguramiento:** **Aseg.** [X] **No Aseg.** [ ] **Vehi. Fantasma.** [ ] **P¾liza falsa** [ ] **Vehiculo en Fuga** [ ]

**Marca:** SUZUKI **Placa:** OZL68C

**Tipo de Servicio:** **Particular** [X] **Publico** [ ] **Oficial** [ ] **Vehiculo de Emergencia** [ ]

**Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar** [ ] **Vehi. de transporte masivo** [ ] **Vehi. Escolar** [ ]

**Codigo Aseguradora:** AT1324 **intervenci¾n de la Auto.** **Si** [ ] **No** [X]

**Poliza SOAT No** 1308004196463000 **Cobro excedente P¾liza** **Si** [ ] **No** [X]

**Vigencia de la Poliza:** **Desde:** 19/12/2018 **Hasta:** 18/12/2019

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CASTRO — **1er.Apellido o Razon Social**

CHAVARRO — **2do.Apellido**

MARA — **1er.Nombre**

ALBENIS — **2do.Nombre**

**Documento de identidad:** [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

**No. Documento** 55152244

**Direccion:** CRA 6 N° 2 68

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3204733240

**Total Folios:** 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | |
|---|---|
| MORA | NINCO |
| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
| CESAR | AUGUSTO |
| 1er.Nombre | 2do.Nombre |

**Tipo de Documento:** CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 7729325

**Direcci¾n:** CLL 2 N° 7 A 72

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **Telúfono:** 3208270585

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001

## VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** / / a las

**Prestador que remite:** **C¾digo de inscripci¾n:**

**Direccion:** **Telefono:**

**Profesional que Remite:** **Cargo:**

**Fecha de Aceptaci¾n:** / / a las

**Prestador que recibe:** **C¾digo de inscripci¾n:**

**Direccion:** **Telefono:**

**Profesional que recibe:** **Cargo:**

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 24/12/2018 **a las** 07:49

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**
S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED

**Diagnostico definitivo de Ingreso**
S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

**Diagnostico relacionado de Ingreso**
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE

**Fecha de Egreso:** 29/01/2019 **a las** 11:10

**Diagnostico presuntivo de Egreso**
S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA

**Diagnostico definitivo de Egreso**
S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

**Diagnostico relacionado de Egreso**
S022 FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ

| | |
|---|---|
| LOBO | |
| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
| ANA | MARIA |
| 1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante | 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante |

**Tipo Documento** CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1091667678

**N·mero de Registro de MÚdico** 1091667678

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 14190895 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**7729325 - 24269**

FECHA EMISION: 19.11.09
HORA: 08:09:45

**PACIENTE: MORA NINCO CESAR AUGUSTO**

DOC.IDENT: CC 7729325 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CLL 2 NO 7 A 72
FCHA.NACTO: 84.02.22 EDAD: 34 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3208270585
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

SERVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 18.12.24 HORA DE INGRESO: 07:49
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 19.01.29 HORA DE EGRESO: 11:10
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S203 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX
CONFIRMADO: S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO
RELACIONADO1: S009 - TRAUMA EN CARA
RELACIONADO2: S012 - HERIDA DE LA NARIZ

**FECHA: 18.12.24-08:18:16 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
PACINETE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OZL68C CUANDO PIERDE EL CONTROL SE SALE DE LA VIA Y CAE

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA SALUDLASER, INGRESA EN CAMILLA DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCIETLA AL PERDER EL CONTROL DE LA MISMA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO.CON AMNESIA DE LOS HECHOS.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 120/80 FC: 75 FR: 20 TEMP: 37 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 4 - 4 / 14 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

<<CABEZA>>
HERIDA EN FORMA DE GOTA DE 5 CM A NIVEL DE PUENTE NASAL PROFUNDAS, BORDES NECROTICOS E URREGULARES, SANGRANTE, HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORO OCCIPITAL DERECHA, TRAUMA DENTARIO, ABRASIONES EN LABIO, DOLOR A LA PALPACION EN CARA. ALIENTO ALCOHOLICO, DISARTRIA, INYECCION CONJUNTIVAL BILATERAL
<<CUELLO>>
LEVE DOLOR A LA MOVILIZACION DE COLUMNA CERVICAL
<<TORAX>>
DOLOR A LA PALAPCION DE TORAX, RsCsRs SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLES, NO DOLOROSO A LA PALPACION
<<GENITOURINARIO>>
NO SE EXAMINA
<<PELVIS>>
MOVIL, SIN TRAUMA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
SE EVIDENCIA 2 HERIDAS DE BORDES IRREGULARES, NECROTICOS EN PALMA DE MANO IZQUIERDA, DE APROXIMADAMENTE DE 6 CM Y

64

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

10 CM RESPECTIVAMENTE, CON EXPOSICION TENDINOSA Y GRASA, GRAN MATERIAL INERTE (TIERRA Y PIEDRAS), LIMITACION PARA LA FLEXION Y EXTRENSION DE DEDOS DE MANO IZQUIERDO, ABRASION EN MANO DERECHA
<<NEUROLOGICO>>
BAJO LOS EFECTOS DE EMBRIAGUEZ, RESPONDE AL LLAMADO, MOVILIZA EXTREMIDADES,
<<PIEL>>
YA DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML CANT: 1 10 MG IV DOSIS UNICA
RANITIDINA 50 MG/ 2 ML FRESENIUS KABI CANT: 1 50 MG IV DOSIS UNICA
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1 GR IV CADA 6 H
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 75 MG IV CADA 8 H
GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONNI CANT: 3 240 MG IV CADA DIA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 IM DOSIS UNICA
CLORURO DE SODIO 9%X500ML BAXTER CANT: 4 BOLO AHORA Y CONTINUAR A 80 CC/H
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 10 DILUIR MEDICACION

OBSERVACION
- NADA VÍA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. DEJAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS
- VALORACIÓN POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VIGILANCIA NEUROLÓGICA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE BAJO LOS EFECTOS DE BEBIDAS ALCOHOLICOS QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO, AL EXAMEN FISICO HERIDA COMPLEJA EN NARIZ Y HERIDAS COMPLEJAS EN MANO IZQUIERDA, DOLOR A LA MOVILIDAD DE TORAX, COLUMNA CERVICAL Y MANO IZQUIERDA, POR LO QUE SE DECIDE DEJAR EN OBSERVACION, TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICO, MANEJO MEDICO, CURACION Y VALORACION POR ESPECIALISTAS

63

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 18.12.24-08:20:54 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. APS - ADALFI PUENTES SABI - C.C. 0 - REG. MEDICO: - )**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:14 / 08:39 DURACION: 00:24

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ADALFI PUENTES SABI

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEIDCA SE PASA USUARIO A SALA DE CURACIONES DONDE BAJO PREVIA TECNICA ASEPTICA Y ANTISEPTICA SE REALIZA CURACIONES EN ABRASIONES EN MANO IZQUIERDA Y DERECHA LAS CUALES SEOBSERVAN ABRASIVAS Y CON RECIDUOS DE PAIMENTO + HERIDA EN NARIZ CON COLGAJO + DOS HERIDA EN MANO IZQUIERDA CON BORSE INREGULARES NECROTICOS DE APROXIMADAMENTE 6 CM Y 10 CM CON EXPOSICON TEJINOSO Y GRASA CON MATERILA INERTE TIERRA , SE REALIZA BARRIDO CON SODIO 500CC LUEGO SE LAVA CON ISODINE ESPUMA 10CC+ ISODINE SOLUCION 10CC + SODIO X500 CC, SE DEJA ABRASIONES LIMPIAS Y SECAS DECUBIERTAS CON TOQUES DE MERCURIO CROMO + HERIDAS EN NARIZ CUBIERTAS CON APOCITO Y FIJADAS CON MICROPORE + HERIDA NE MANO CUBIERTA CON APOSITO + VENDAJE ELASTICO 4X5 COMPRESIVO . TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

**FECHA: 18.12.24-09:03:53 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SE REPORTA IMAGENES
TAC CEREBRAL: LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE Y VENTRICULOS PERMEABLES, NO HEMATOMAS NI SANGRADOS INTRAPARENQUIMATOSA. NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURAS.

TAC DE CARA: SE EVIDENCIA FRACTURA DE HUESOS PROPIOS NASALES

RADIOGRAFIAS:
1. TORAX: NO SE EVIDENCIA FRACTURAS NI FISURA. NO SE EVIDENCIA NEUMOTORAX Ni HEMOTORAX
2. MANO IZQUIERDO: SE EVIDENCIA FRACURA DE PRIMER METACARPIANO
3. COLUMNA CERVICAL: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA, RECTIFICACION DE CURVAS CERVICALES

**FECHA: 18.12.24-14:32:31 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

62

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.12.24-14:32:25 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
POR ORDEN DE ORTOPEDIA SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA

**FECHA: 18.12.24-15:29:34 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
VIENE PARA DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA :HERIDA EN FORMA DE GOTA DE 5 CM A NIVEL DE PUENTE NASAL PROFUNDAS, BORDES NECROTICOS E URREGULARES, SANGRANTE, HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORO OCCIPITAL DERECHA, TRAUMA DENTARIO, ABRASIONES EN LABIO, DOLOR A LA PALPACION EN CARA. ALIENTO ALCOHOLICO, DISARTRIA, INYECCION CONJUNTIVAL BILATERAL NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA SE EVIDENCIA 2 HERIDAS DE BORDES IRREGULARES, NECROTICOS EN PALMA DE MANO IZQUIERDA, DE APROXIMADAMENTE DE 6 CM Y 10 CM RESPECTIVAMENTE, CON EXPOSICION TENDINOSA Y GRASA, GRAN MATERIAL INERTE (TIERRA Y PIEDRAS), LIMITACION PARA LA FLEXION Y EXTRENSION DE DEDOS DE MANO IZQUIERDO, ABRASION EN MANO DERECHA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 18.12.24-15:30:00 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
VIENE PARA DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA :HERIDA EN FORMA DE GOTA DE 5 CM A NIVEL DE PUENTE NASAL PROFUNDAS, BORDES NECROTICOS E URREGULARES, SANGRANTE, HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORO OCCIPITAL DERECHA, TRAUMA DENTARIO, ABRASIONES EN LABIO, DOLOR A LA PALPACION EN CARA. ALIENTO ALCOHOLICO, DISARTRIA, INYECCION CONJUNTIVAL BILATERAL NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA SE EVIDENCIA 2 HERIDAS DE BORDES IRREGULARES, NECROTICOS EN PALMA DE MANO IZQUIERDA, DE

61

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

APROXIMADAMENTE DE 6 CM Y 10 CM RESPECTIVAMENTE, CON EXPOSICION TENDINOSA Y GRASA, GRAN MATERIAL INERTE (TIERRA Y PIEDRAS), LIMITACION PARA LA FLEXION Y EXTRENSION DE DEDOS DE MANO IZQUIERDO, ABRASION EN MANO DERECHA
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 18.12.24-15:36:17 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
VIENE PARA RECONTRUCCION DE DORSO NASAL + COLGAJO

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA :HERIDA CON PERDIDA DE SUSTACIA ANIVEL DEL DORSO NASAL DE 1.5CM, CON BORDES NECROTICOS NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA EDEMAY DOLOR EN 1METACARPIANO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 18.12.24-15:37:09 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
VIENE PARA RECONTRUCCION DE DORSO NASAL + COLGAJO

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA :HERIDA CON PERDIDA DE SUSTACIA ANIVEL DEL DORSO NASAL DE 1.5CM, CON BORDES NECROTICOS NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA EDEMAY DOLOR EN 1METACARPIANO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 18.12.24-16:00 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

GG

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA
INSTRUMENTADOR(A): MAIRA ALEJANDRA VELASQUEZ

HORA INICIAL/FINAL: 16:00 / 16:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, METACARPIANOS ((UNO A DOS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REDUCCION ABIERTA FRACTURA METACARPIANOS (UNO A DOS) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

No. DESCRIPCION: 5129
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INSICION
EXTENSION DE HERIDAS ERN REGION TENAR Y PALMAR DE 6 CM CADA UNA MANO IZQUIERDA

HALLAZGOS
FRACTURA DE 1ER METACARPIANO CON MACERAMIENTO DE LA MUSCUALTURA TENAR. LESIONM DE YENDONES FLEXORES SUPERFICIALES DE 2-3-4 DEDOS Y DEL PROFUNDO DE 2 Y 3 DEDOS.

DESCRIPCION QUIRURGICA

BAJO ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO AXILAR IZQ PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON LAVADO DE MIEMBRO SUPEROR IZQUIERDO CON ISODINE ESPUMA Y 3000C DE SUERO FISIOLOGICO Y LUEGO APLICACION DE ISODINE SOLUCION , CON PACIENTE EN DECUBITO DORSAL , SE COLOCARON CAMPOS ESTERILES OPERATORIOS , SE PRACTICO DESBRIDAMIENTO DE PIEL , TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO DE LA HERIDA , LUEGO SE RETIRAN FRAGMENTOS OSEOS SUELTOS DEL 1ER METACARPIANO Y SE CURETEAN LOS FRAGMENTOS OSEOS RESTANTES PARA EXTRACCION DE MATERIAL CONTAMINANTE , SE LAVA NUEVAMNTE LA HERIDA CON 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO , ENSEGUIDA SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL PRIMEER METACARPIANO Y TENORRAFIA DEL FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDOS MAS TENORRAFIA DE FLEXOR SUPERFICIAL DE 2-3 Y 4 DEDOS MANO IZQ . SE CIERRA HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO DE PIEL Y SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON + FERULA DE YESO . NO COMPLICACIONES .

**FECHA: 18.12.24-16:30 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: RAMIRO PERDOMO POLANCO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO

59

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

MEDICO AYUDANTE: PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA
INSTRUMENTADOR(A): MAIRA ALEJANDRA VELASQUEZ

HORA INICIAL/FINAL: 16:30 / 17:00 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO
COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RAMIRO PERDOMO POLANCO

No. DESCRIPCION: 5131
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: HERIDA CON PERDIDA DE SUSTANCIA ANIVEL DEL DORSO NASAL DE 1.5 CM, CON BORDES NECROTICOS.

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CAMPO OPERATORIO SE REALIZO ;
1: DESBRIDAMIENTO DE BORDES NECROTICOS DE HERIDA DESCRITAS
2, SE TALLA COLGAJO DE AVNCE LATERALES PARA CUBRIR EL DFECTO PREVIA HEMOSTASIA , SUTURA PROLENE 5.0
3. SE PRACTICA CURACION

**ECHA: 18.12.24-16:34:20 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 1771/90 - ANESTESIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 2 100 MG ENDOVENOSOS DOSIS UNICA
DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML CANT: 2 3.5 GRAMOS ENDOVENOSOS DILUIDOS DOSIS UNICA

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA SUTURA DE HERIDA EN NARIZ Y DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE 2 METACARPIANO IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

**ECHA: 18.12.24-16:39:11 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 403889 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
SALIDA CON FORMULA MEDICA
RETIRAR PUNTOS EN 7 DIAS
CONTROL POR CIRUGIA PLASTICA EN 15 DIAS POR CONSULTA EXTERNA
MANTIENE INCAPACIDAD LABORAL

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CE CIRUGIA PLASTICA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.12.24-17:00:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** MEDICAMENTOS:

- SALIDA
- MEDICAMENTOS AMBULATORIOS:
CEFRADINA 500 MG TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 5 DIAS15
WINADEINE 325MG/8 MG TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS POR 10 DIAS 30
NAPROXENO 500 MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS 20
- SE DAN SIGNOS DE ALARMA
- RETIRO DE PUNTOS EN PIEL EN CARA EN 7 DIAS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
POST OPERATORIO INMEDIATO , PACIENTE ESTABLE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES , SE ORDENA SALIDA FORMULA MEDICA +CONTROL CE POR CIRUGIA PLASTICA EN 15 DIAS + RETIRO DE PUNTOS EN 7 DIAS + CURACIONES EN CASA CON MERCURIO CROMO 3 VECES AL DIA + NO ASOLEAR + MANTIENE INCAPACIDAD LABORAL .+RECOMENDACIONES GENERALES .

**FECHA: 18.12.24-16:50:30 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
HOSPITALIZAR CON TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO + AVISAR CAMBIOS .

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.12.24-16:50:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LACTATO DE RINGER 1000 CC EN 24 HORAS IV
CEFRADINA POR 1 GR IV CADA 6 HORAS
GENTAMICINA X 240 MG IV DIA
TRAMADOL POR 50 MG IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

57

***>> DE LA EVOLUCION***
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
POST OPERATORIO INMEDIATO , PACIENTE ESTABLE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES , SE ORDENA HOSPITALIZAR CON TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO + AVISAR CAMBIOS .

**FECHA: 18.12.24-20:19:57 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

***** ESTADO GENERAL AL INGRESO *****
ALERTA, BAJO EFECTO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
INGRESA PACIENTE PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA EN POP DE DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO DE LAHERIDA + RETIRO DE FRAGMENTOS OSEOS + CURETAJE + REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO Y TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDOS MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES 2,3 Y 4 DEDOS MANO IZQUIERDA + SUTURA DE HERIDA EN DORSO DE NARIZ. REFIERE SENTIRSE MEJOR, DOLOR EN CAVIDAD ORAL EN LA LENGUA, NO DISNEA.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

TA: 128/76 FC: 74 FR: 19 TEMP: 36.937 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 14 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: S

<<CABEZA>>
HERIDA EN DORSO DE NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE, TUMEFACCION TEMPORO OCCIPITAL DERECHA, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, LENGUA CON HERIDA DE 4CM PROFUNDA EN DORSO NO SANGRANTE. ALIENTO ALCHOLICO.
<<CUELLO>>
SIMETRICO, SIN DOLOR A LA MOVILIZACION.
<<TORAX>>
DOLOR A LA PALAPCION DE TORAX, RsCsRs SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO, DEPRESIBLES, NO DOLOROSO A LA PALPACION
<<GENITOURINARIO>>
NO SE EXAMINA
<<PELVIS>>
MOVIL, SIN TRAUMA
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
MANO IZUQUIERDA CON YESO CERRADO, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS. RODILLA IZQUIERDA CON ABRASION DE 2X3CM, BUENA MOVILIDAD.
<<NEUROLOGICO>>
GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO SIGNOS DE FOCLAIZACION. BAJO EFECTOS DE BEBIDAS ALCOHILICAS.
<<PIEL>>
YA DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

56

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

HOSPITALIZAR PARA MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO POSQUIRURGICO. SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA POR HERIDA EN LENGUA.
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 3 50CC IV HORA
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 75MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50MG IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1G IV CADA 6 HORAS
GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONNI CANT: 3 240MG IV CADA 24 HORAS
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 11 DILUIR MEDICACION

- DIETA LIQUIDA
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- CAMILLA CON BARANDAS
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA ELEVADA
- MANTENER INMOVILIZACION SECA Y LIMPIA
- PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- SS: VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS
- CONTROL DE SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE EN POP DE DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO DE LA HERIDA MANO IZQUIERDA MAS TENORRAFIA DE EXTENSORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO + TENORRAFIA DE EXTENSORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO + SUTURA DE HERIDA EN NARIZ, BAJO EFECTOS DE BEDIDAS ALCOHOLICAS.

**FECHA: 18.12.25-07:08:58 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

CONTINUAR IGUAL MANEJO, PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 2 40CC IV HORA
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 75MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50MG IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1G IV CADA 6 HORAS
GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONNI CANT: 3 240MG IV CADA 24 HORAS
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 11 DILUIR MEDICAMENTOS

- DIETA NORMAL
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- CAMILLA CON BARANDAS
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA ELEVADA
- MANTENER INMOVILIZACION SECA Y LIMPIA

55

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

- PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS
- CONTROL DE SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:
1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ
3. HERIDA EN LENGUA

S: REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, NO DISNEA.
O: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES TA:130/80 FC: 70 FR: 19 SAO2: 99%. T: 36.9.
CC: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, LENGUA CON HERIDA EN DORSO TERCIO DISTAL DE 4CM PROFUNDO , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE. CUELLO SIMETRICO, NO MASAS NO SOPLOS.
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABDOMEN: BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SUPERIOR CON YESO CERRADO EN MANO, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, MOVILIDAD DE ARTEJOS CONSERVADA.
INFERIORES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES.
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.
ANALISIS: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO, ADECUADA EVOLUCION.

**FECHA: 18.12.25-07:19:44 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
- SS: VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.

**FECHA: 18.12.25-10:55:23 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
- SE CONTINUA MANEJO MEDICO, ANALAGESICO y ANTIBIOTICO INSTAURADO.

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:
1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE

54

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ (24/12/2018)
3. HERIDA EN LENGUA (24/12/2018)

S: REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, NO DISNEA.
O: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL
---SIGNOS VITALES TA: 120/70 FC: 68 FR: 18 SAO2: 97%. T: 36.2°C
CC: MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, LENGUA CON HERIDA EN DORSO TERCIO DISTAL DE 4CM PROFUNDO , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE. CUELLO SIMETRICO, NO MASAS NO SOPLOS.
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABDOMEN: BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SUPERIOR CON YESO CERRADO EN MANO, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, MOVILIDAD DE ARTEJOS CONSERVADA.
INFERIORES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES.
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

*** ANALISIS ***
PACIENTE EN POP DESCRITOS SIN COMPLICACIONES, SE CONTINUA MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO y ANALGESICO.

**FECHA: 18.12.26-01:03:06 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO :

1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ (24/12/2018)
3. HERIDA EN LENGUA (24/12/2018)

S: PACIUENTE REFIERE ESTAR BIEN, SIN DOLOR,
O: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONSCIENTE
TA: 110/60 MMHG FC 72 XMIN, FR 18 X MIN, SATOX 97 %
PRESENTA HERIDA EN DORSO DE LA LENGUA EN EL TERCIO DISTAL DE 4 CM PROFUNDA , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS PULMONARES
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES PRESENTA YESO CERRADO EN MANO IZQUIERDA, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

A/ PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, SIN PRESENTAR ALGUNA COMPLICACION, SIN SIFEBRE, TOLERANDO LA VIA ORAL
P/ SE CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO

**FECHA: 18.12.26-01:05:36 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 2 40CC IV HORA
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 75MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50MG IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1G IV CADA 6 HORAS
GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONNI CANT: 3 240MG IV CADA 24 HORAS
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 11 DILUIR MEDICAMENTOS
DIETA NORMAL
CUIDADOS DE ENFERMERIA
PREVENCION DE CAIDAS
PREVENCION DE IAAS
CSV Y AC

**FECHA: 18.12.26-08:55:34 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

IGUAL MENEJO
VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO :

1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ (24/12/2018)
3. HERIDA EN LENGUA (24/12/2018)

S: PACIUENTE REFIERE ESTAR BIEN, SIN DOLOR,
O: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONSCIENTE
TA: 110/60 MMHG FC 72 XMIN, FR 18 X MIN, SATOX 97 %
PRESENTA HERIDA EN DORSO DE LA LENGUA EN EL TERCIO DISTAL DE 4 CM PROFUNDA , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, SIN AGREGADOS PULMONARES
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXTREMIDADES PRESENTA YESO CERRADO EN MANO IZQUIERDA, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

**FECHA: 18.12.27-05:58:38 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 2 40CC IV HORA
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 75MG IV CADA 8 HORAS
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50MG IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1G IV CADA 6 HORAS

52

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONNI CANT: 3 240MG IV CADA 24 HORAS

- DIETA NORMAL
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- CAMILLA CON BARANDAS
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA ELEVADA
- MANTENER INMOVILIZACION SECA Y LIMPIA
- PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS
- CONTROL DE SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE:

1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ
3. HERIDA EN LENGUA

S: REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, NO DISNEA, PASO BUENA NOCHE.
O: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES TA:118/71 FC: 62 FR: 19 SAO2: 98%. T: 36.7.
CC: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, LENGUA CON HERIDA EN DORSO TERCIO DISTAL DE 4CM EN PROCESO DE CICATRIZACION , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE. CUELLO SIMETRICO, NO MASAS NO SOPLOS.
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABDOMEN: BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SUPERIOR CON YESO CERRADO EN MANO, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, MOVILIDAD DE ARTEJOS CONSERVADA.
INFERIORES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES.
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.
ANALISIS: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN MANEJO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO, ADECUADA EVOLUCION.

**FECHA: 18.12.27-09:03:07 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
- SE CONTINUA MANEJO MEDICO, ANALAGESICO y ANTIBIOTICO INSTAURADO.

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:
- S.S HEMOGRAMA

51

**>> DE LA EVOLUCION**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:
1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ (24/12/2018)
3. HERIDA EN LENGUA EN MANEJO CONSERVADO SIN INDICACION QUIRURGICA (24/12/2018)

S: REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, NO DISNEA, REFIERE MAREO.
O: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL
---SIGNOS VITALES TA: 100/60 FC: 64 FR: 17 SAO2: 98%. T: 36.2°C
CC: MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, LENGUA CON HERIDA EN DORSO TERCIO DISTAL DE 4CM PROFUNDO , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE. CUELLO SIMETRICO, NO MASAS NO SOPLOS.
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABDOMEN: BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SUPERIOR CON YESO CERRADO EN MANO, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, MOVILIDAD DE ARTEJOS CONSERVADA.
INFERIORES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES.
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

*** ANALISIS ***
PACIENTE EN POP DESCRITOS SIN COMPLICACIONES, SE CONTINUA MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO y ANALGESICO, SE SOLICITA HEMOGRAMA POR SU MAREO.

**FECHA: 18.12.27-12:15:01 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). PAO - PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA - C.C. 1118806779 - REG. MEDICO: 1118806779 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
- SE CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SE ABRE FOLIO DE HISTORIA CLINICA PARA REPORTE DE HEMOGRAMA
27/12/2018. CH: LEUCOS: 8.600, NEUTROS: 72.7%, LINF: 22.5%, HGB: 16.2, HTC: 48.9%, PLAQUETAS. 255.000

HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS SIN ANEMIA NI TROMBOCITOPENIA

**FECHA: 18.12.27-19:39:10 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
SUSPENDER TRAMADOL

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE CON ADECUADA MODULACION DEL DOLOR, QUIEN DE MOMENTO REFIERE MUCHAS NAUSEAS AL MOMENTO DE APLICAR

50

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

TRAMADOL, POR LO QUE SE DECIDE SUSPENDER ESTE Y CONTINUAR RESTO DE ORDENES

**FECHA: 18.12.28-05:52:40 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
SUSPENDER TRAMADOL
P/ VALORACION POR CX PLASTICA
RESTO DE ORDENES IGUALES
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50 MG IV CADA 8 HRS
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 75 MG IV CADA 8 HRS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1 GR IV CADA 6 HRS
GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONNI CANT: 3 240 MG IV CADA 24 HRS
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 2 40 CC POR HORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 11 PARA DILUIR MEDICAMENTOS

- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- CURACION DE ABRASIONES Y HERIDAS CON ISODINE, HERIDAS QUIRURGICAS SEGUN ORDEN DE ORTOPEDIA.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACION.
- PREVENIR CAIDAS.
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- P/VAL CX PLASTICA
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA. .
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:
1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ (24/12/2018)
3. HERIDA EN LENGUA EN MANEJO CONSERVADO SIN INDICACION QUIRURGICA (24/12/2018)

S: REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, NO DISNEA, REFIERE MAREO.
O: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL
---SIGNOS VITALES TA: 100/60 FC: 64 FR: 17 SAO2: 98%. T: 36.2°C
CC: MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, LENGUA CON HERIDA EN DORSO TERCIO DISTAL DE 4CM PROFUNDO , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE. CUELLO SIMETRICO, NO MASAS NO SOPLOS.
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABDOMEN: BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SUPERIOR CON YESO CERRADO EN MANO, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, MOVILIDAD DE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ARTEJOS CONSERVADA.
INFERIORES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES.
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

ANALISIS:
PACIENTE CON HISTORIA Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN DE MOMENTO TIENE PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA, DE MOMENTO CON ADECAUDA MODULACION DEL DOLOR, POR LO QUE SE CONTINUA IGUAL MANEJO

**FECHA: 18.12.28-08:39:35 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
ALTA
** MEDICAMENTOS:

IBUPROFENOS X 400MG TABLETAS=20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
CIPROFLOXACINA X 500 MG TABLETAS =30 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 10 DIAS DOC GARCIA
NO MOJAR VENDAJES NI QUITAR MOVER DEDOS DE MANO
VENIR POR URGENCIAS EN CASO DE COMPLICACION
,, LLAMAR A SOLICITAR LA CITA DE CONTROL CON ANTICIPACION ,,

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.12.28-08:49:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 18.12.24 FIN: 19.01.22

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:
1. POP DESBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDO MAS TENORRAFIA DE FLEXORES SUPERFICIALES DE 2, 3 Y 4 DEDO MANO IZQUIERDA MAS REDUCCION ABIERTA DE PRIMER METACARPIANO (24/12/2018)
2. POP SUTURA DE HERIDA EN NARIZ (24/12/2018)
3. HERIDA EN LENGUA EN MANEJO CONSERVADO SIN INDICACION QUIRURGICA (24/12/2018)

S: REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, NO DISNEA, REFIERE MAREO.
O: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL
---SIGNOS VITALES TA: 100/60 FC: 64 FR: 17 SAO2: 98%. T: 36.2°C
CC: MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, LENGUA CON HERIDA EN DORSO TERCIO DISTAL DE 4CM PROFUNDO , HERIDA EN NARIZ CUBIERTA CON MICROPORE. CUELLO SIMETRICO, NO MASAS NO SOPLOS.
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABDOMEN: BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SUPERIOR CON YESO CERRADO EN MANO, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, MOVILIDAD DE

48

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ARTEJOS CONSERVADA.
INFERIORES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES.
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.

**FECHA: 19.01.09-10:54:13 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
VIENE A CONTROL POST OPERATORIO INMEDIATO DE DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA +SUTURA DE HERIDA EN NARIZ

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NARIZ HERIDA QX EN BUEN ESTADO , SINSIGNOS DE INFECION , NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , FERULA EN BUEN ESTADO , NO MAL OLOR
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 8 DIAS
RX DE MANO IZQUIERDA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
RETIRAR PUNTOS AHORA EN CARA
CURACION AHORA EN CARA
MANTIENE INMOVILIZACION EN MANO IZQUIERDA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 8 DIAS PARA VALORAR EL PRO PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 8 DIAS

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.01.09-11:00:58 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RETIRAR PUNTOS AHORA EN CARA
CURACION AHORA EN CARA
MANTIENE INMOVILIZACION EN MANO IZQUIERDA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 8 DIAS PARA VALORAR EL PRO PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 8 DIAS

47

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

RETIRAR PUNTOS AHORA EN CARA
CURACION AHORA EN CARA
MANTIENE INMOVILIZACION EN MANO IZQUIERDA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 8 DIAS PARA VALORAR EL PRO PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 8 DIAS

**FECHA: 19.01.09-11:19:36 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. ACM - ANDREA CATALINA MURCIA - C.C. 0 - REG. MEDICO: )**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 11:08 / 11:15 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ANDREA CATALINA MURCIA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

11:08H/ USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 34 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN CARA, SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 2 CM , FORMA REGULAR , PIEL PERIFERICA CONSERVADA , DOLOR A LA MANIPULACION LEVE , SIN SIGNOS DE DEHICENCIA NO SALIDA DE SECRECION , SIN SIGNOS DE INFECCION , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO300CC DE CLORURO DE SODIO + 10CC DE ISODIENESPUMA , SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION , QUEDANDO CUBIERTA CON GASA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION + MICROPORE
11:30H/ EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

**FECHA: 19.01.15-11:59:32 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

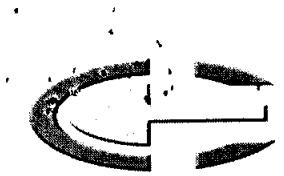
**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****

VIENE A CONTROL DE DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + SUTURA D EHERIDA EN NARIZ , TRAE RX DE CONTROL SOLICITADIO EN CONSULTA PREVIA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO, SIN SIGNOS DE INFECION , FERULA EN BUEN ESTADO , NO MAL OLOR .
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 2 SEMANAS
RX DE MANO IZQUIERDA F

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
RETIRAR INMOVILIZACION AHORA
RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 2 SEMANAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CICTATRIZACION DE LAS HERIDAS Y RX DE MANO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 2 SEMANAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.01.15-12:20:06 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 19.01.23 FIN: 19.02.21

RETIRAR INMOVILIZACION, AHORA
RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 2 SEMANAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CICTATRIZACION DE LAS HERIDAS Y RX DE MANO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 2 SEMANAS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
RETIRAR INMOVILIZACION AHORA
RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 2 SEMANAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CICTATRIZACION DE LAS HERIDAS Y RX DE MANO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 2 SEMANAS
RX DE MANO IZQUIERDA FRACURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA MANTIENE REDUCCION FALTA CALLO OSEO CON MATERIAL DE SINTESIS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.01.16-11:05:19 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. ACM - ANDREA CATALINA MURCIA - C.C. 0 - REG. MEDICO: )**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:39 / 09:45 DURACION: 00:06

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ANDREA CATALINA MURCIA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

09:39H/ USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 34 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN PALMA DE MANO IZQUIERDA , SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 15 CM , FORMA REGULAR , PIEL PERIFERICA CONSERVADA , DOLOR A LA MANIPULACION LEVE , SIN SIGNOS DE DEHICENCIA NO SALIDA DE SECRECION , SIN SIGNOS DE INFECCION , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO300CC DE CLORURO DE SODIO + 10CC DE ISODIENESPUMA , SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION , QUEDANDO CUBIERTA CON GASA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION + MICROPORE
10:00H/ EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

**FECHA: 19.01.29-10:55:33 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA CONSULTA *****

VIENE A CONTROL DE DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA + SUTURA DE HERIDA EN NARIZ , TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NARIZ HERIDA CICATRIZADA , NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , SINSIGNOS DE INFECION , LIMITACION DE MF DE PULGAR
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLAN
10 SESIONES DE TERAPIA FISICA
AGUA TIBIA
USO Y ABUSO
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD DE MF DE LA MANO IZQUIERDA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.01.29-11:10:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** TERAPIAS:
DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA
** JUSTIFICACION **
10 SESIONES DE TERAPIA FISICA

AGUA TIBIA
USO Y ABUSO
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD DE MF DE LA MANO IZQUIERDA

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
10 SESIONES DE TERAPIA FISICA
AGUA TIBIA
USO Y ABUSO
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD DE MF DE LA MANO IZQUIERDA

RX DE MANO IZQUIERDA FRACTURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA

| **DIAGNOSTICOS AL EGRESO** | **TIPO** | **GRADO** |
|---|---|---|
| CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO | | |
| RELACIONADO 1: S022 - FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ | | |
| RELACIONADO 2: S012 - HERIDA DE LA NARIZ | | |

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
C.C. 1091667678
Universidad Surcolombiana

*Registro Medico:*

43

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 5129

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -64341 Fecha 24/12/18

Nombre Paciente: MORA NINCO CESAR AUGUSTO 7729325 Edad: 35 Sexo: M

Hora inicio 16:00 Hora fin: 16:30 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: PAO- PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionMAIRA ALEJANDRA VELASQUEZ

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

| Diagn¾sticos Pre-Operatorios: | Diagn¾sticos Post-Operatorios: |
|---|---|
| 1. S622-FRACTURA ABIERTA DEL PRIMER METACARPIANO IZQUIERDA | 1. S622-FRACTURA ABIERTA DEL PRIMER METACARPIANO IZQUIERDA |
| 2. S610-HERIDA PALMAR IZQUIERDA | 2. S610-HERIDA PALMAR IZQUIERDA |

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Via |
|---|---|---|---|
| 14101 | DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, METACARPIANOS ((UNO A DOS) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 14161 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA METACARPIANOS (UNO A DOS) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | FGR | 1 - 1i Interv 100% |

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INSICION
EXTENSION DE HERIDAS ERN REGION TENAR Y PALMAR DE 6 CM CADA UNA MANO IZQUIERDA

HALLAZGOS
FRACTURA DE 1ER METACARPIANO CON MACERAMIENTO DE LA MUSCUALTURA TENAR. LESIONM DE YENDONES FLEXORES SUPERFICIALES DE 2-3-4 DEDOS Y DEL PROFUNDO DE 2 Y 3 DEDOS.

DESCRIPCION QUIRURGICA

BAJO ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO AXILAR IZQ PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON LAVADO DE MIEMBRO SUPEROR IZQUIERDO CON ISODINE ESPUMA Y 3000C DE SUERO FISIOLOGICO Y LUEGO APLICACION DE ISODINE SOLUCION , CON PACIENTE EN DECUBITO DORSAL , SE COLOCARON CAMPOS ESTERILES OPERATORIOS , SE PRACTICO DESBRIDAMIENTO DE PIEL , TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y MUSCULAR MACERADO Y CONTAMINADO DE LA HERIDA , LUEGO SE RETIRAN FRAGMENTOS OSEOS SUELTOS DEL 1ER METACARPIANO Y SE CURETEAN LOS FRAGMENTOS OSEOS RESTANTES PARA EXTRACCION DE MATERIAL CONTAMINANTE , SE LAVA NUEVAMNTE LA HERIDA CON 3000CC DE SUERO FISIOLOGICO , ENSEGUIDA SE PRACTICA REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL PRIMEER METACARPIANO Y TENORRAFIA DEL FLEXORES PROFUNDOS DE 2 Y 3 DEDOS MAS TENORRAFIA DE FLEXOR SUPERFICIAL DE 2-3 Y 4 DEDOS MANO IZQ . SE CIERRA HERIDA CON PUNTOS DE AFRONTAMIENTO DE PIEL Y SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON + FERULA DE YESO . NO COMPLICACIONES .

AnatomÝa Patol¾gia:
NO



Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n
NO
Rayos X Intraoperatorios
NO
Intensificador de Imagen
NO

42

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

DESCRIPCION QUIRURGICA No 5129

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -64341 Fecha 24/12/18

Nombre Paciente: MORA NINCO CESAR AUGUSTO 7729325 Edad: 35 Sexo: M

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

NO

Rayos X Intraoperatorios

NO

Intensificador de Imagen

NO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-82

CIRUJANO

2

41

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 5131

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -64341 Fecha 24/12/18

Nombre Paciente: MORA NINCO CESAR AUGUSTO 7729325 Edad: 35 Sexo: M

Hora inicio 16:30 Hora fin: 17:00 Duraci¾n: 00:30 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: RPP- RAMIRO PERDOMO POLANCO Ayudante: PAO- PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA

Anestesi¾logo:JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion:MAIRA ALEJANDRA VELASQUEZ

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

| Diagn¾sticos Pre-Operatorios: | Diagn¾sticos Post-Operatorios: |
|---|---|
| 1. S018-HERIDA EN NARIZ | 1. S018-HERIDA EN NARIZ |

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| 15102 | DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL | RPP | 1 - 1i Interv 100% |
| 15140 | COLGAJO DE PIEL REGIONAL | RPP | 1 - 1i Interv 100% |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: HALLAZGOS: HERIDA CON PERDIDA DE SUSTANCIA ANIVEL DEL DORSO NASAL DE 1.5 CM, CON BORDES NECROTICOS.

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CAMPO OPERATORIO SE REALIZO ;
1: DESBRIDAMIENTO DE BORDES NECROTICOS DE HERIDA DESCRITAS
2, SE TALLA COLGAJO DE AVNCE LATERALES PARA CUBRIR EL DFECTO PREVIA HEMOSTASIA , SUTURA PROLENE 5.0
3. SE PRACTICA CURACION

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO



Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plástico
R.M. 14038-89 U. Nacional
C.C. 12.[illegible].857

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

**7729325**

**ADMISION N_:** 64341

**NOMBRE:** MORA NINCO CESAR AUGUSTO **Num. Id-:** CC 7729325
**FECHA NACIMIENTO:** 84.02.22 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
**FECHA DE INGRESO:** 18.12.24 **HORA DE INGRESO:** 15:36:17 **Fecha/Hora de registro:** 18.12.24 15:36
**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3208270585
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:**
**OBSERVACION** (Inst)

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.12.24

<< REGISTRO: 15:36:17 >> (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)

**MOTIVO DE LA ATENCION:** 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
**TIPO DE CONSULTA:** CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

**MOTIVO CONSULTA**

VIENE PARA RECONTRUCCION DE DORSO NASAL + COLGAJO

**REVISION POR SISTEMA**

BUENO

**ANTECEDENTES**

--><<2018.12.24-08:18:16>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 64301
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NO REFIERE LA MADRE

--><<2018.12.24-15:29:35>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 64341
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24 DE DICIEMBRE DEL 2018
DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA EL DIA 24 DE DICIEMBRE DEL 2018

--><<2018.12.24-15:36:17>>, (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 64341
RECONTRUCCION DE DORSO NASAL + COLGAJO EL DIA 24 DE DICIEMBRE DEL 2018

--><<2018.12.24-16:32:09>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 64341

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: CIRUGIA DE MANO DERECHA

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

**7729325**

**ADMISION N_:** 64341

**NOMBRE:** MORA NINCO CESAR AUGUSTO **Num. Id-:** CC 7729325
**FECHA NACIMIENTO:** 84.02.22 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
**FECHA DE INGRESO:** 18.12.24 **HORA DE INGRESO:** 15:36:17 **Fecha/Hora de registro:** 18.12.24 15:36
**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3208270585
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:**
**OBSERVACION** (Inst)

<< REGISTRO: 15:36:17 >> (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)
10 / NO APLICA
NUEVO

OTROS: NEGATIVOS

--->><2018.12.24-20:19:57>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)
I.H. 64350
* Patologicos: Niega * Traumaticos: ACCIDENTE DE TRANSITO 24/12/2014 * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: NIEGA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

## ** EXAMEN FISICO **

**SIGNOS VITALES** **TA:** 120/76 **FC:** 68 **FR:** 18 **Tmp:** 36 **PESO:** 68 **TALLA:** 176

**EXAMEN FISICO**

CABEZA :HERIDA CON PERDIDA DE SUSTACIA ANIVEL DEL DORSO NASAL DE 1.5CM, CON BORDES NECROTICOS NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : MANO IZQUIERDA EDEMAY DOLOR EN 1METACARPIANO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

## ** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**
S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

**ANALISIS/PLAN**
PLAN
RECONTRUCCION DE DORSO NASAL+ COLGAJO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.12.24-15:36:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

**7729325**

**ADMISION N_:** 64341

**NOMBRE:** MORA NINCO CESAR AUGUSTO **Num. Id-:** CC 7729325

**FECHA NACIMIENTO:** 84.02.22 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S

**FECHA DE INGRESO:** 18.12.24 **HORA DE INGRESO:** 15:36:17 **Fecha/Hora de registro:** 18.12.24 15:36

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3208270585

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:** _____

**OBSERVACION** (Inst)

## ** SALIDA DEL PACIENTE **

**DESTINO SALIDA:** Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

**FECHA DE EGRESO:** 18.12.24 **HORA DE EGRESO:** 15:36:12 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

**ESTADO A LA SALIDA:** VIVO

Ramiro E. Perdomo
M.D. Cirujano Plastico
R.M. 14038-89 U. Nacional
C.C. 7.178.857

*Dr. RAMIRO PERDOMO POLANCO*
*Registro Medico: 1403889*

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:** _____

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_ :** 64341 - 1

NOMBRE: MORA NINCO CESAR AUGUSTO C.C. -TI-RC-OTRO 7729325

EDAD: 35 A FECHA DE NACIMIENTO: 84.02.22 SEXO: M

DIRECCION: CLL 2 NO 7 A 72 TELEFONO: 3208270585

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**FECHA:** **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:**

18.12.24 SUTURA DE HERIDAS EN CARA, DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)

**ANTECEDENTES:**

HISTORICO

--><<2018.12.24-08:18:16>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 64301

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NO REFIERE LA MADRE

--><<2018.12.24-15:29:35>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 64341

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 24 DE DICIEMBRE DEL 2018

DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACURA DE PRIMER METACARPIANO MANO IZQUIERDA EL DIA 24 DE DICIEMBRE DEL 2018

--><<2018.12.24-15:36:17>>, (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 64341

RECONTRUCCION DE DORSO NASAL + COLGAJO EL DIA 24 DE DICIEMBRE DEL 2018

--><<2018.12.24-16:32:09>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 64341

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: CIRUGIA DE MANO DERECHA

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2018.12.24-20:19:57>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL) I.H. 64350

* Patologicos: Niega * Traumaticos: ACCIDENTE DE TRANSITO 24/12/2014 * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: NIEGA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 64341 - 1

NOMBRE: MORA NINCO CESAR AUGUSTO C.C. -TI-RC-OTRO 7729325

EDAD: 35 A FECHA DE NACIMIENTO: 84.02.22 SEXO: M

DIRECCION: CLL 2 NO 7 A 72 TELEFONO: 3208270585

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**EXAMEN FISICO:**

**PA:** 131/67 **FC:** 83 **FR:** 21 **PESO:** 78 **TEMPERATURA:** 37

**CABEZA:**
HERIDA EN DORSO DE NARIZ DE BORDES IRREGULARES

**ORL: Mallampaty:**
APERTURA ORAL MAYOR DE 4 CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

**CUELLO:**
DMT MAYOR DE 7 CM, DME MAYOR DE 13 CM

**CARDIOVASCULAR:**
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

**PULMONAR:**
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

**ABDOMEN:**
SIN ALTERACION

**EXTREMIDADES:**
FERULA DE YESO CON HUELLAS DE SANGRADO EN MANO IZQ

**OTROS:**
SIN ALTERACION

**EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:**

**Hto:** **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

**INR:** **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

**P de O:**

**ECG:**

**Rx TORAX:**

**OTROS:**

**DIAGNOSTICO:** S623
FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS

**PLAN:**
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

**OBSERVACIONES:**

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

**DEST SALIDA:** Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 18.12.24 **HORA:** 14:32:00

**SERVICIO:** ORTOPEDIA Y CIRUGIA PLASTICA

FIRMA: RM: 11771/90

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
## SERVICIO DE ANESTESIA

### A - IDENTIFICACION

| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES | No. HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|
| Mora | Ninco | Cesar Augusto | 7729325 |

| FECHA (Día Mes Año Hora) | EDAD (Años Meses Días) | SEXO | PESO (Lbs) | PESO (Kgr) | RIESGO ASA |
|---|---|---|---|---|---|
| 24 Dic 2018 | 34 | M X | 168 | 65 | 1 2 3 4 5 U |

| SERVICIO | SALA O CUARTO | No. DE CAMA | ANESTESIAS PREVIAS |
|---|---|---|---|
| Cx | | | |

### B - EVALUACION PREANESTESICA

| TEM | F.R. | F.C. | T.A. | TAB | INTO | GLIC | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | TyA PROT | ECOG | TUMA | BLEBE | GRUPO | R.M. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DIAGNOSTICO: Hallux valgus + fusion

OPERACION PROPUESTA: Metatarsiano 1er

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-FARMACOS-DISCRASIAS-TRANSFUSIONES-CIRUGIAS-TRAUMAS-ASMA-CORTICOESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-BIOLOQUSADORES-OTROS

Osteosintesis + descalvo quirurgico + fusion

Niega

Descalvo + cirugia [illegible] 1er

ESPECIFICO

| FACILIDAD | INT IOT | SI / NO | DIENTES | CUELLO |
|---|---|---|---|---|
| | | SI NO | N | N |

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Hb Hto [illegible]

| | TIPO |
|---|---|
| | BLOQUEO |
| | PERIDURAL |
| | ESPINAL |
| // | GENERAL |

RIESGO Y PLAN ANESTESICO: monitoria basica + sedo-analgesia + bloqueo

ESTADO PSICOLOGO: Tranquilo

| NECESITA SANGRE | CC | PREMEDICACION | FIRMA |
|---|---|---|---|
| NO | | NO | |

### D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: DT

REPARACION: A

HORA

| NAUSEAS | VOMITOS | IOS | RIPO | CIANOSIS | ARRITMIA | CEFALEA | EXCITACION | OTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

RECUPERACION: H

CONCIENCIA: Confuso

TEMPERATURA

REFLEJOS: H

DOLOR: 2 mas H

LIQUIDOS: H

SENSIBILIDAD

DIETA: Mucosa posada

COMENTARIOS: Ingresa en camilla con barandas elevadas Consciente y orientado con signos vitales estables sin complicaciones

| TOTALES | | | |
|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | 5 | 6 |
| | 7 | 8 | 9 |
| | 10 | 11 | 12 |

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejoria

FIRMA

# C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ☐ B ☐ R ☐ M ☐

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS

CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

ANESTESIA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA | EPIDURAL | ESPINAL | ESPACIO | NIVEL | AGUA

POSICION

PULSACION

PA

CVA

GOC

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____
I NT No ____
E OT No ____
E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC. FEM.

PVC X X X

T°

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. ____ C.C. ____

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

OBSERVACIONES:

FIRMA Y CODIGO

*IPS Laboratorio Clinico Especializado*
*Maria Gisela Ramirez*
*Clle 18 No. 6 - 39 Tel. 8752300 Neiva - Huila*

Fecha y Hora de ingreso: 2018-12-27 10:21
Fecha de impresión: 2018-12-27 11:35

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | **MORA NINCO CESAR AUGUSTO** | **Orden No.:** | **201812270030** |
| **Historia:** | **7729325** | **Servicio:** | **URGENCIAS** |
| **Edad:** | **34 Años** | **Cliente:** | **CLINICA DE FRACTURAS** |

| Examen | Resultado | Unidades | | Valores de referencia |
|---|---|---|---|---|
| | HEMATOLOGÍA | | | |
| **CUADRO HEMATICO** | | | | |
| WBC | 8.6 | 10^9/L | | 5.0 - 10.0 |
| LYM% | 22.5 | % | | 20.0 - 40.0 |
| MID% | 4.8 | % | | 1.0 - 15.0 |
| GRAN% | 72.7 | % | * | 50.0 - 70.0 |
| LYM# | 1.9 | 10^9/L | | 0.6 - 4.1 |
| MYD# | 0.4 | 10^9/L | | 0.1 - 1.8 |
| GRAN# | 6.3 | 10^9/L | | 2.0 - 7.8 |
| RBC | 5.57 | 10^12/L | * | 3.50 - 5.50 |
| HGB | 16.2 | g/dl | * | 11.0 - 15.0 |
| HCT% | 48.9 | % | * | 36.0 - 48.0 |
| MCV | 87.8 | fL | | 80.0 - 99.0 |
| MCH | 29.0 | pg | | 26.0 - 32.0 |
| MCHC | 33.1 | g/dl | | 32.0 - 36.0 |
| RDW_CV | 9.8 | % | * | 11.5 - 14.5 |
| RDW_SD | 35.5 | fL | * | 39.0 - 46.0 |
| PLT | 255 | 10^9/L | | 150 - 450 |
| MPV | 8.4 | fL | | 7.4 - 10.4 |
| PDW | 9.3 | fL | * | 10.0 - 14.0 |
| PCT | 0.21 | % | | 0.10 - 0.28 |
| P_LCR | 3.7 | % | * | 13.0 - 43.0 |

Dra. María Gisela Ramírez
Bacteriólogo
RSSH 6626

33

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 19.11.19 |
| HORA: | 09:16:03 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero:** 30082 Fecha Ex. 15/01/19 Hora 18:23
Nombre Paciente: 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO
Dirección: CLL 2 NO 7 A 72 Telefono:3208270585 Edad:34 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA Prioridad: BAJA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y oblicua de la mano izquierda a través de bandas de yeso observándose fractura proximal del primer metacarpiano satisfactoriamente alineada.

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 19.11.14 |
| HORA: | 09:32:04 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 30534** Fecha Ex. 29/01/19 Hora 11:08
Nombre Paciente: 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO
Dirección: CLL 2 NO 7 A 72 Telefono:3208270585 Edad:34 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO Prioridad: BAJA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del dedo pulgar de la mano izquierda observándose en la placa lateral, imagen muy sugestiva de foco de fractura proximal del primer metacarpiano.
Las demás estructuras osteoarticulares del dedo en mención tienen aspecto anatómico conservado.
Edema de los tejidos blandos adyacentes a los focos de fractura.

FIRMA _____
DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

31

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 65245

**Orden de Servicio N·mero:** 180-1 -65245 **Fecha** 9/01/2019

Nombre Paciente: MORA NINCO CESAR AUGUSTO - 7729325 **Edad:** 35 **Sexo:** M

**Quien Realiza:** ACM- ANDREA CATALINA MURCIA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

**Diagn¾sticos Previos:**

1. S069-TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO
2. S203-TRAUMA EN TORAX
3. S009-TRAUMA EN CARA
4. S012-HERIDA DE LA NARIZ
5. S025-TRAUMA DE LOS DIENTES
6. S109-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA

**Diagn¾sticos Definitivos:**

1. S622-FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO IZQUIERDA
3. S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

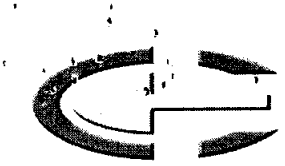
**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| SO1.39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | ACM | - |

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripci¾n:** 11:08H/ USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 34 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN CARA, SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 2 CM , FORMA REGULAR , PIEL PERIFERICA CONSERVADA , DOLOR A LA MANIPULACION LEVE , SIN SIGNOS DE DEHICENCIA NO SALIDA DE SECRECION , SIN SIGNOS DE INFECCION , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO300CC DE CLORURO DE SODIO + 10CC DE ISODIENESPUMA , SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION , QUEDANDO CUBIERTA CON GASA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION + MICROPORE

11:30H/ EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.



# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 9-Nov-2019 08:13:2

**ENTIDAD RESPONSABLE** AT13 ) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860002400 LA PREVISORA S.A. EVENTO **MOTIVO** 04 PROCEDIMIENTOS
**CONTRATO/PLAN** **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 19.01.09 10:50
101 0 SOAT OTRO REGIMEN 35 Años **Fecha Egreso** :
**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE** **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO 1 NIVEL I NEIVA CLL 2 NO 7 A 72 3208270585

| FECHA | Tar | Codigo | Descripción del item | Vendedor | Cantidad |
|---|---|---|---|---|---|
| 19.01.09 | BI | ISODINE | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | ACM | 10.00 |
| 19.01.09 | QUI | I ESPUMA | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | ACM | 10.00 |
| 19.01.09 | BAX | SOLUCION | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | ACM | 1.00 |
| 19.01.09 | EXA | GUATES | GUANTE EXAMRN TALLA M | ACM | 1.00 |
| 19.01.09 | CLI | GASA | GASA ESTERIL PAQUETICOS | ACM | 5.00 |
| 19.01.09 | PAR | BISTURI 15 | HOJA DE BISTURI # 15 | ACM | 1.00 |

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 65663

**Orden de Servicio N·mero:** 180-1 -65663 **Fecha** 16/01/2019

Nombre Paciente: MORA NINCO CESAR AUGUSTO - 7729325 **Edad:** 35 **Sexo:** M

**Quien Realiza:** ACM- ANDREA CATALINA MURCIA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

**Diagn¾sticos Previos:**

1. S069-TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO
2. S203-TRAUMA EN TORAX
3. S009-TRAUMA EN CARA
4. S012-HERIDA DE LA NARIZ
5. S025-TRAUMA DE LOS DIENTES
6. S109-TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA

**Diagn¾sticos Definitivos:**

1. S622-FRACTURA DEL PRIMER METACARPIANO IZQUIERDA

3. S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| SO1.39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | ACM | - |

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripci¾n:** 09:39H/ USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 34 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN PALMA DE MANO IZQUIERDA , SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 15 CM , FORMA REGULAR , PIEL PERIFERICA CONSERVADA , DOLOR A LA MANIPULACION LEVE , SIN SIGNOS DE DEHICENCIA NO SALIDA DE SECRECION , SIN SIGNOS DE INFECCION , CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO300CC DE CLORURO DE SODIO + 10CC DE ISODIENESPUMA , SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION , QUEDANDO CUBIERTA CON GASA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION + MICROPORE

10:00H/ EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
## NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 9-Nov-2019 08:13:5

**NTIDAD RESPONSABLE** AT13 )
860002400 LA PREVISORA S.A.

**TIPO CONTRATO** : EVENTO

**ANEXO1**

**VIA INGRESO** AMBULATORIA
**MOTIVO** 04 PROCEDIMIENTOS

**ONTRATO/PLAN**
)1 0 SOAT

**REGIMEN**
OTRO REGIMEN

**EDAD**
35 A¤os

**ANEXO2:**

**Fecha Ingreso:** 19.01.16 09:39
**Fecha Egreso** :

**ACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**ESTRATO:**
1 NIVEL I

**MUNICIPIO**
NEIVA

**DIRECCION**
CLL 2 NO 7 A 72

**TELEFONO**
3208270585

| FECHA | Tar | Codigo | Descripción del item | Vendedor | Cantidad |
|---|---|---|---|---|---|
| 19.01.16 | BI | ISODINE | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | ACM | 10.00 |
| 19.01.16 | QUI | I ESPUMA | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | ACM | 10.00 |
| 19.01.16 | BAX | SOLUCION | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | ACM | 1.00 |
| 19.01.16 | CLI | GASA | GASA ESTERIL PAQUETICOS | ACM | 5.00 |
| 19.01.16 | EXA | GUATES | GUANTE EXAMRN TALLA M | ACM | 1.00 |
| 19.01.16 | PAR | BISTURI 15 | HOJA DE BISTURI # 15 | ACM | 1.00 |

27

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISIÓN No.** 64341

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| IORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** | lunes, 24 de diciembre de 2018 | | | | | |
| 5:10:22 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | YCE | |
| 5:10:20 | CLORURO DE SODIO 9%X500ML BAXT | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | YCE | |
| 5:10:17 | DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | YCE | |
| 5:10:15 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | YCE | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 7.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64341

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** | lunes, 24 de diciembre de 2018 | | | |
| IERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 2.00 | YCE | | |
| IERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | YCE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 3.00 | YCE | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 6.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISIÓN No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| HORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** | lunes, 24 de diciembre de 2018 | | | | | |
| 2:00:20 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 2:00:17 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 2:00:13 | LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXT | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 0:00:14 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 0:00:06 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 5.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** lunes, 24 de diciembre de 2018 | | | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MTE | | |
| JERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | MTE | | |
| JERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 5.00

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

## HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| HORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** | martes, 25 de diciembre de 2018 | | | | | |
| 2:00:53 | LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXT | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 2:00:36 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 2:00:34 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 0:00:08 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 6:00:20 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 6:00:14 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 6:00:10 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 4:00:27 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:25 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:24 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 2:00:10 | GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIO | 3.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 2:00:04 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 0:00:19 | LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXT | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 8:00:59 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 8:00:32 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 8:00:28 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 6:00:59 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | LXM | |
| 6:00:01 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | LXM | |
| 2:00:30 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | LXM | |
| 2:00:28 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | LXM | |
| 0:00:02 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | LXM | |
| 0:00:00 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | LXM | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 26.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** martes, 25 de diciembre de 2018 | | | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | MTE | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | MTE | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 2.00 | MBL | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | MBL | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MBL | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MBL | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | LXM | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | LXM | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | LXM | | |
| UANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | LXM | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | LXM | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 21.00

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISIÓN No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

## HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| HORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** | miércoles, 26 de diciembre de 2018 | | | | | |
| 2:00:55 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| 2:00:54 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| 2:00:53 | LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXT | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| 0:00:51 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| 0:00:48 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| 6:00:38 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 6:00:33 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:21 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 4:00:15 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 4:00:13 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 2:00:44 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 2:00:17 | GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIO | 3.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 0:00:09 | LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXT | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 8:00:55 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 8:00:42 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 8:00:12 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 5:00:51 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | DJP | |
| 5:00:50 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | DJP | |
| 2:00:58 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | DJP | |
| 2:00:14 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | DJP | |
| 0:00:14 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | DJP | |
| 0:00:12 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | DJP | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 26.00

20

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**

**ADMISIÓN No.** **64350**

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

## HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** | miércoles, 26 de diciembre de 2018 | | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 3.00 | MBL | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | MBL | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MTE | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 2.00 | MTE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 4.00 | MTE | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | DJP | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | DJP | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | DJP | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | DJP | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | DJP | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 24.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AFI324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| HORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** jueves, 27 de diciembre de 2018 | | | | | | |
| 2:00:44 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 2:00:42 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 2:00:25 | LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXT | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 0:00:10 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 0:00:03 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MTE | |
| 6:00:15 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 5:00:13 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| 4:00:57 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:54 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:50 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:49 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:47 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 4:00:04 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 3:00:49 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 2.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 3:00:41 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 3:00:38 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MBL | |
| 5:00:41 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 3.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | HYB | |
| 5:00:39 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | HYB | |
| 2:00:40 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | HYB | |
| 0:00:38 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | HYB | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 25.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** jueves, 27 de diciembre de 2018 | | | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 3.00 | MTE | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MTE | | |
| EQUIPO MACROGOTEO CORPAUL | 2.00 | MTE | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MBL | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MBL | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | MBL | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 3.00 | HYB | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 2.00 | HYB | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | HYB | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 28.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| HORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** viernes, 28 de diciembre de 2018 | | | | | | |
| 8:00:56 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | HYB | |
| 8:00:56 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | HYB | |
| 6:00:15 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | KML | |
| 6:00:03 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | KML | |
| 2:00:12 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VI | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | KML | |
| 2:00:11 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | KML | |
| 0:00:13 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BA | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | KML | |
| 0:00:05 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | KML | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 8.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 64350

**PACIENTE:** 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**EDAD:** 34 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CLL 2 NO 7 A 72 **TELEFONO:** 3208270585

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** viernes, 28 de diciembre de 2018 | | | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | HYB | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | KML | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | KML | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | KML | | |
| ERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | KML | | |
| ERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | KML | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | KML | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 7.00

Debe ingresar el Nro. de VIN del vehículo.

**Captcha**

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Debe validar el captcha para poder continuar.

Consultar Información

## Información general del SOAT

PLACA DEL VEHÍCULO:

**OZL68C**

ESTADO DEL VEHÍCULO:

**ACTIVO**

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

**10002659914**

ESTADO DEL VEHÍCULO:

**ACTIVO**

TIPO DE SERVICIO:

**Particular**

CLASE DE VEHÍCULO:

**MOTOCICLETA**

Información general del vehículo

MARCA:

**SUZUKI**

LÍNEA:

**VIVAX 115**

MODELO:

**2012**

COLOR:

**AZUL**

NÚMERO DE SERIE:

NÚMERO DE MOTOR:

**E441-TH178229**

NÚMERO DE CHASIS:

**9FSBE4CF0CC178160**

NÚMERO DE VIN:

**9FSBE4CF0CC178160**

CILINDRAJE:

**109**

TIPO DE CARROCERÍA:

**TURISMO**

TIPO COMBUSTIBLE:

**GASOLINA**

13

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

**31/10/2011**

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

**INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA**

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

**SI**

CLÁSICO O ANTIGUO:

**NO**

REPOTENCIADO:

**NO**

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

**NO**

NRO. REGRABACIÓN MOTOR

REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):

**NO**

NRO. REGRABACIÓN CHASIS

REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):

**NO**

NRO. REGRABACIÓN SERIE

REGRABACIÓN VIN (SI/NO):

**NO**

NRO. REGRABACIÓN VIN

12

VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):

**NO**

PUERTAS:

**Para conocer el historial de propietarios**

**Consulte el Histórico Vehicular Aquí**

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Información general del remolque o semirremolque

TARJETA DE REGISTRO:

CLASE DE VEHÍCULO:

MARCA:

REFERENCIA:

MODELO:

NÚMERO DE SERIE:

NO. DE IDENTIFICACIÓN VEHICULAR – VIN:

REGRABACIÓN VIN:

NRO DE REGRABACIÓN VIN (SI/NO):

REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):

NRO DE REGRABACIÓN SERIE:

TIPO DE CARROCERÍA:

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

GRAVAMENES A LA PROPIEDAD:

## Información general de la maquinaria

TARJETA DE REGISTRO:

CLASE DE VEHÍCULO:

TIPO MAQUINARIA:

MARCA:

LÍNEA:

MODELO:

COLOR:

NRO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN:

NÚMERO DE SERIE:

NÚMERO DE MOTOR:

NÚMERO DE CHASIS

NÚMERO VIN:

CILINDRAJE

TIPO DE CARROCERÍA:

REGRABACIÓN MOTOR:

NRO REGRABACIÓN MOTOR:

REGRABACIÓN SERIE:

NRO REGRABACIÓN SERIE:

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

GRAVAMENES A LA PROPIEDAD:

SUBPARTIDA ARANCELARIA:

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

No se encontró información registrada en el RUNT.

| Número de poliza | Fecha expedición | Fecha inicio de vigencia | Fecha fin de vigencia | Entidad expide SOAT | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004196463000 | 18/12/2018 | 19/12/2018 | 18/12/2019 | LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS | VIGENTE |
| 1308004129689000 | 14/12/2017 | 15/12/2017 | 14/12/2018 | LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS | NO VIGENTE |
| 16543211 | 01/12/2016 | 02/12/2016 | 01/12/2017 | COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR | NO VIGENTE |

*Adquiera su **SOAT** en línea aquí*

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mécanica y de gases (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Información Repotenciación

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

Compromiso de desintegración física total y Pólizas de Caución

Tarjeta de Operación

Limitaciones a la Propiedad

Planilla viaje ocasional (PVO)

| Nro. PVO | Fecha inicio viaje | Fecha fin viaje | Estado | Detalle |
|---|---|---|---|---|

Detalle planilla

Información del vehículo

**Placa:**

**Nro. Tarjeta operación**

**Nro. poliza** **Empresa**

Información del viaje

**Fecha Inicio :**

**Hora Inicio**

**Fecha Fin :**

**Lugar Origen :**

**Lugar Destino :**

**N° pasajeros :**

**Regresa con el mismo contratante? :**

Datos del conductor

**Nombre :**

**Tipo documento :**

**Nro. documento :**

| Nro. Licencia | Categoria | Estado |
|---|---|---|

Información de la empresa de transporte

**Nit :**

**Razón social :**

Información del contratante

**Tipo documento :**

**Nro. documento :**

**Nombre del contratante :**

⏮ Volver

🏷 Garantías a Favor De

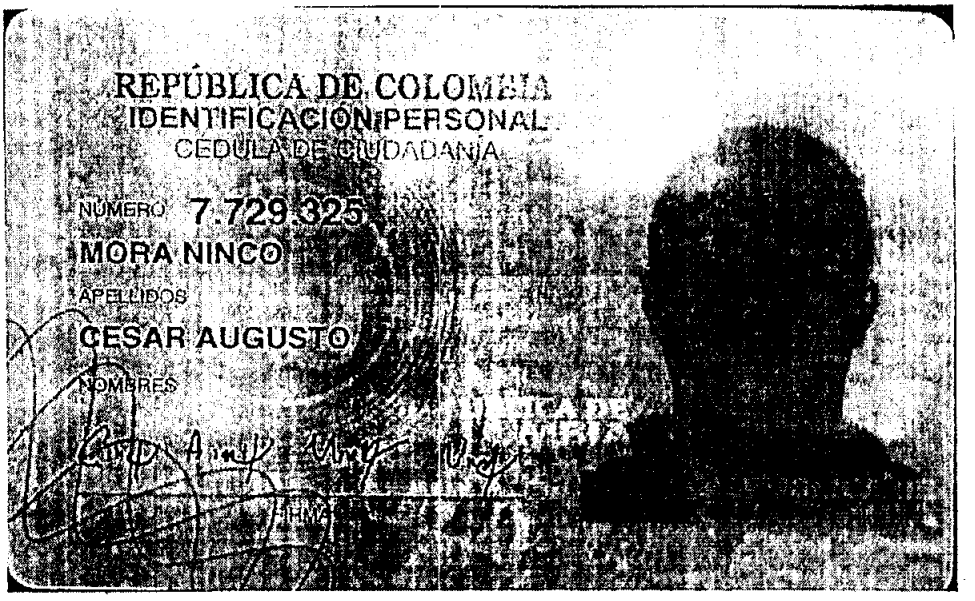
✔ Garantías Mobiliarias (Registro de la garantía en el RNGM por parte de RUNT / Registro del levantamiento a través del RNGM en el RUNT)

Permisos de Movilidad de la Maquinaria

Información del GPS

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga

- Normalización y Saneamiento
- Vehículo a desintegrar por proceso de normalización



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 7.729.325

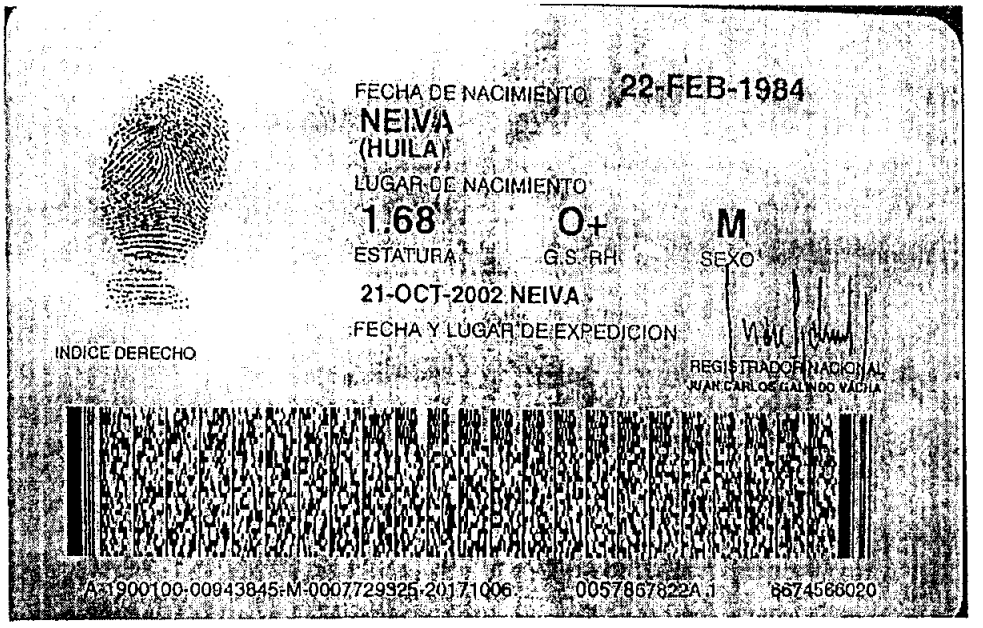
MORA NINCO

APELLIDOS

CESAR AUGUSTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1984

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

21-OCT-2002 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A1900100-00943845-M-0007729325-20171006 0057867822A 1 8674566020

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 | MES 12 | DIA 18

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL: AÑO 2018 | MES 12 | DIA 19 — HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2019 | MES 12 | DIA 18

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CASTRO CHAVARRO MARA ALBENIS

TELEFONO TOMADOR: 3204733240

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 55152244

COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13

CLASE DE SECTOR: 1363

CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 6 2 68

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4146011666

AT 1324

1308004196463000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE/VATIOS: 109

MODELO: 2012

PLACA No.: OZL68C

MARCA: SUZUKI

LINEA VEHICULO: VIVAX 115

No. MOTOR: E441TH178229

No. CHASIS o No. SERIE: 9FSBE4CF0CC178160

No. VIN: 9FSBE4CF0CC178160

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0.00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 300700

CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 150350

TASA RUNT: $ 1900

TOTAL A PAGAR: $ 452950

AMPARO POR VICTIMA

A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES

B INCAPACIDAD PERMANENTE — 180

C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 75

D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS — 1

HASTA

14601166 6

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

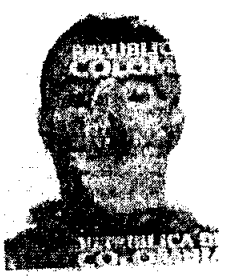
NUMERO 7.729.325

MORA NINCO

APELLIDOS

CESAR AUGUSTO

NOMBRES



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10002659914

PLACA: OZL68C | MARCA: SUZUKI | LINEA: VIVAX 115 | MODELO: 2012

CILINDRADA CC: 109 | COLOR: AZUL | SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA | TIPO CARROCERIA: TURISMO | COMBUSTIBLE: GASOLINA | CAPACIDAD No. PAS.: 2

NUMERO DE MOTOR: E441-TH178229 | REG: N | VIN: 9FSBE4CF0CC178160

NUMERO DE SERIE: ****** | REG: N | NUMERO DE CHASIS: 9FSBE4CF0CC178160 | REG: N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CASTRO CHAVARRO MARIA ALBENIS

IDENTIFICACION: C.C. 55152244

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRANSITO No. 10002659914

PLACA: OZL68C
MARCA: SUZUKI
LINEA: VIVAX 115
MODELO: 2012
CILINDRADA CC: 109
COLOR: AZUL
SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERIA: TURISMO
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD KG-PAS: 2
NUMERO DE MOTOR: E441TH176229
REG VIN: N 9FSBE4CF0CC178160
NUMERO DE SERIE: ******
REG NUMERO DE CHASIS: N 9FSBE4CF0CC178160
REG: N/A
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CASTRO CHAVARRO MARIA ALBENIS
IDENTIFICACION: C.C. 55152244

RESTRICCION MOVILIDAD
BLINDAJE: ******
POTENCIA HP: 8
DECLARACION DE IMPORTACION: 162011000007760
I/E: E
FECHA IMPORT.: 21/10/2011
PUERTAS: 0
LIMITACION A LA PROPIEDAD
PRENDA - BANCO DE OCCIDENTE S.A
FECHA MATRICULA: 31/10/2011
FECHA EXP. LIC. TTO.: 31/10/2011
FECHA VENCIMIENTO: ******
ORGANISMO DE TRANSITO
INST MCPAL TTOYTTE CAMPOALEGRE
LTO100206359B

2

SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

| FECHA EXPEDICION AÑO | MES | DIA | VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS | AÑO | MES | DIA | HASTA LAS 24 HORAS | AÑO | MES | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2018 | 12 | 18 | DEL | 2018 | 12 | 19 | DEL | 2019 | 12 | 18 |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CASTRO CHAVARRO MARA ALBENIS — TELEFONO TOMADOR: 3204733240

| TIPO DOCUMENTO TOMADOR | NO. DOCUMENTO TOMADOR | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | CIUDAD EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| CC | 55152244 | 13 | 1363 | NEIVA |

DIRECCION DEL TOMADOR: CRA 6 2 68 — CIUDAD DE RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4146011666 — AT 1324 — 1308004196463000

| CLASE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS |
|---|---|---|
| MOTOCICLETA | PARTICULAR | 109 |

| MODELO | PLACA No. | MARCA | LINEA VEHICULO |
|---|---|---|---|
| 2012 | OZL68C | SUZUKI | VIVAX 115 |

No MOTOR: E441TH178229 — No CHASIS O No. SERIE: 9FSBE4CF0CC178160

No VIN: 9FSBE4CF0CC178160 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

| PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FOSYGA | TASA RUNT | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 300700 | $ 150350 | $ 1900 | $ 452950 |

AMPARADO POR VIGENCIA

| | | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MINIMOS LEGALES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS | 10 | |

14601166 6

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOAT 2014

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1984
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 — ESTATURA
O+ — G.S. RH
M — SEXO
21-OCT-2002 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1900100-0043845-M-0007729325-20171006 0057867824 1 6674566020

RESTRICCION MOVILIDAD — BLINDAJE — POTENCIA HP: 8

DECLARACION DE IMPORTACION: 162011000007760 — DE — FECHA IMPORT: E 21/10/2011 — PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO DE OCCIDENTE S.A

| FECHA MATRICULA | FECHA EXP. LIC. TTO | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 31/10/2011 | 31/10/2011 | |

ORGANISMO DE TRANSITO
INST MCPAL TTOYTTE CAMPOALEGRE

LT01002063598

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

FECHA: 24/02/2020

Yaneth

**RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS**

17 MAR 2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-28 fechada el dia 20.01.03 cuyo paciente es MORA NINCO CESAR AUGUSTO

**HISTORIA No.** 7729325

**GLOSA No:** ZGL-1-16590 **SINIESTRO:** 28

**>> ITEM GLOSADO 1:** 1 - GLOSA GENERAL

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 14190895.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999
FORMULARIO UNIOCO DE RECLAMACION FURIPS COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO CON LOS DATOS CORRESCTOS DE UBICACION DEL LESIONADO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS APORTADOS ERRADOS NO CORRESPONDEN

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 14190895.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA TODA VEZ QUE SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA FACTURA Y FURIPS RADICADO EL DIA 15/01/2020 DONDE SE EVIDENCIA LOS DATOS DE UBICACION SON LOS CORRECTOS SE PIDE NO DILATAR EL PAGO.

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA:** | 14,190,895.00 |
| **VR ITEMS EN FACTURA:** | 14190895.00 |
| **VALOR GLOSADO :** | 14190895.00 |
| **ACEPTADO IPS** | 0.00 |
| **VALOR REFUTADO:** | 14190895.00 |
| **ACEPTADO EPS** | 0 |
| **CONCILIACION** | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DIANA VIVIAN TORRES ALVARADO
**QUIEN RESPONDE**

PREVISORA

SISA -

Radicado

Bogotá, Enero 31 de 2020.

Señores:
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
**CALLE 18 N 6-65 BARRIO QUIRINAL**
**NEIVA - HUILA**

ASUNTO: FACTURA NRO: FEC128
ACCIDENTADO: CESAR AUGUSTO MORA NINCO
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO: 87034/2018/13/SEGURO OBLIGATORIO
RADICADO: N132020364901
OBJECIÓN

Respetado(a) Señor (a):

En atención a la solicitud de indemnización radicada en nuestra Compañía, por medio de la cual solicita afectar la póliza Soat No AT-1324-4196463-13-5, que corresponde al vehículo de placas OZL68C, por el amparo en referencia, en virtud del accidente ocurrido el Diciembre 24 de 2018 al señor CESAR AUGUSTO MORA NINCO, esta Compañía una vez realizado el proceso de verificación de la documentación aportada, no puede atender favorablemente el objeto de la pretensión, teniendo en cuenta que no fue aportada la totalidad de la documentación.

El Decreto 056 de 2015, en su artículo 36, indica: "Artículo 36. Verificación de requisitos. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.".

Por otra parte, dentro de la misma norma en el Título IV, artículos 26, 27, 28 y 29 se mencionan los documentos exigidos para presentar una solicitud de indemnización por cada uno de los amparos cubierto por las pólizas de SOAT.

Por lo anterior, nos permitimos indicar de manera detallada los documentos que no fueron aportados para poder llenar la totalidad de requisitos exigidos por la normatividad y así poder proceder a realizar el correspondiente análisis de la solicitud de indemnización, estos son:
Formulario único de reclamación furips completamente diligenciado y firmado, con los datos correctos de ubicación del lesionado teniendo en cuenta que los aportados son errados o no corresponden.

Atentamente.

RECIBIDO 07 FEB 2020

PREVISORA

**GLORIA LUCIA SUAREZ DUQUE**

Representante Legal

Revisó:
Enero 31 de 2020

FACTURA NRO: FEC128
ACCIDENTADO: CESAR AUGUSTO MORA NINCO
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO: 87034/2018/13/SEGURO OBLIGATORIO
RADICADO: N132020364901
OBJECIÓ
N

PREVISORA

# LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

## Previsora Seguros

**No. Egreso**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020364901 | **No.** | 967632 | **Siniestro** | 87034 | **No.** | FEC128 | | |
| **Amparo** | 1 | Gastos Medicos. | **Fecha siniestro** | 24/12/2018 | **Fecha aviso** | 31/01/2019 | **Fecha recepción** | 15/01/2020 | |
| **Fecha formalización** | 15/01/2020 | **Fecha liquidación** | 31/01/2020 | **Vigencia desde** | 19/12/2018 | **hasta** | 19/12/2019 | | |
| **Póliza** | 4196463 | **Nro Interno** | | | | | | | |
| **Id tomador** | 2473629 | **Nombre tomador** | BARRETO M. MARTHA CECILIA | | | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Id accidentado** | 7729325 | **Nombre** | CESAR AUGUSTO MORA NINCO | | | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Diagnósticos** | T149 | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA | | | |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 77709 | GASTOS MEDICOS | FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN FURIPS COMPLETAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO. CON LOS DATOS CORRECTOS DE UBICACIÓN DEL LESIONADO TENIENDO EN CUENTA QUE LOS APORTADOS SON ERRADOS O NO CORRESPONDEN. | 100% | 14.190.895 | 14.190.895 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | **14,190,895** |
| **9023** | **Pago Neto** | **0** |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | **14,190,895** |

Liquidación:
ANYI.ALVAREZ

Aprobación:

Revisó:

Vo. Bo.
CLAUDIA MORENO

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

RECIBIDO 07 FEB 2020

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.03 | 09:38:00 | 2020.02.17 |

**FACTURA DE VENTA No.** FEC1 - 28

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 )
NIT: 860002400 LA PREVISORA S.A.
DIRECCION: CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC
CONTRATO/PLAN
001 01 SOAT

**TIPO CONTRATO** EVENTO
TELEFONO: 8711773
REGIMEN OTRO REGIMEN
**VIA DE INGRESO** AMBULATORIA
ORDEN SS 64341,64350,65233,65245,65613,65663,66530
AUTORIZACION
FEC-HOR INGRES(FEC-HORA EGRESO
2018.12.24 - 14:55 2019.01.29 - 11:10

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
DOCUMENTO: CC - 7729325 MORA NINCO CESAR AUGUSTO
DIRECCION: CLL 2 NO 7 A 72 NEIVA
TELEFONO: 3208270585
EDAD : 34 Anos
OBSERVACIONES: ADM: 64341,64350,65233,65245,65613,65663

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1i Interv 100% | | | | | | | | | | |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 1 | 20 | 100.0% | CIRUJANO | FGR | 1 | 662,200 | 662,200 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 1 | | 100.0% | ANESTESIO | FGR | 1 | 386,700 | 386,700 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 1 | | 100.0% | AYUDANTE | CLF | 1 | 180,700 | 180,700 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 1 | | 100.0% | DER.SALA | CLF | 1 | 906,800 | 906,800 |
| 15140 | COLGAJO DE PIEL REGIONAL | 24-Dic-2018 | 39005 | 1 | 07 | 100.0% | CIRUJANO | RPP | 1 | 234,400 | 234,400 |
| 39105 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39105 | 1 | | 100.0% | ANESTESIO | RPP | 1 | 138,000 | 138,000 |
| 39118 | GRUPO 07 | 24-Dic-2018 | 39118 | 1 | | 100.0% | AYUDANTE | CLF | 1 | 61,700 | 61,700 |
| 39209 | GRUPO 07 | 24-Dic-2018 | 39209 | 1 | | 100.0% | DER.SALA | CLF | 1 | 439,600 | 439,600 |
| 39303 | GRUPOS 07 08 09 | 24-Dic-2018 | 39303 | 1 | | 100.0% | MATERIALE | CLF | 1 | 258,300 | 258,300 |
| | 2i+ #Via, =Ciruj | | | | | | | | | | |
| 14101 | DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMIA, METACARPIANOS ((UNO A DOS) | 24-Dic-2018 | 39003 | 4 | 05 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 114,500 | 114,500 |
| 39103 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39103 | 4 | 05 | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 74,800 | 74,800 |
| 39207 | GRUPO 05 | 24-Dic-2018 | 39207 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 136,100 | 136,100 |
| 39302 | GRUPOS 04 05 06 | 24-Dic-2018 | 39302 | 4 | | 75.00% | MATERIALE | CLF | 1 | 83,400 | 83,400 |
| 14161 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA METACARPIANOS (UNO A DOS) | 24-Dic-2018 | 39008 | 4 | 10 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 306,800 | 306,800 |
| 39108 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39108 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 176,200 | 176,200 |
| 39121 | GRUPO 10 | 24-Dic-2018 | 39121 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 83,600 | 83,600 |
| 39212 | GRUPO 10 | 24-Dic-2018 | 39212 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 365,600 | 365,600 |
| 39304 | GRUPOS 10 11 12 13 | 24-Dic-2018 | 39304 | 4 | | 75.00% | MATERIALE | CLF | 1 | 307,000 | 307,000 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 14215 | TENORRAFIA FLEXORES DEDOS (CADA UNO) | 24-Dic-2018 | 39012 | 4 | 20 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 496,700 | 496,700 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39112 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39112 | 4 | | 75.00% | ANESTESIO | FGR | 1 | 290,000 | 290,000 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |

GRUPO Grupo MOK - Previsora
15 ENE 2020
DOCUMENTOS RECIBIDOS ÚNICAMENTE PARA EFECTOS DE CORRESPONDENCIA

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 075a9bede3a35556905db5e611ec41d93de89105cd651eb20e260561f...

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.03 | 09:38:00 | 2020.02.17 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 28

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 39125 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39125 | 4 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 135,500 | 135,500 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 39216 | GRUPO ESPECIAL 20 | 24-Dic-2018 | 39216 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 453,400 | 453,400 |
| 15102 | DESBRIDAMIENTO POR LESION SUPERFICIAL, MAS DEL 5% AREA CORPORAL | 24-Dic-2018 | 39003 | 4 | 05 | 75.00% | CIRUJANO | RPP | 1 | 114,500 | 114,500 |
| 39103 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 24-Dic-2018 | 39103 | 4 | 05 | 75.00% | ANESTESIO | RPP | 1 | 74,800 | 74,800 |
| 39207 | GRUPO 05 | 24-Dic-2018 | 39207 | 4 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 136,100 | 136,100 |
| 39302 | GRUPOS 04 05 06 | 24-Dic-2018 | 39302 | 4 | | 75.00% | MATERIALE | CLF | 1 | 83,400 | 83,400 |
| **ESTANCIAS** | | | | | | | | | | | |
| 38122 | HABITACION BIPERSONAL | | 38122 | | | | | | 4 | 218,700 | 874,800 |
| **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | | | | | |
| 028203 | ELECTRODOS MONITOREO 3M. | | | | | | | | 3 | 1,000 | 3,000 |
| 248800 | MASCARA OXIGENO ADULTO | | | | | | | | 1 | 7,000 | 7,000 |
| | HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO | | | | | | | | 1 | 9,500 | 9,500 |
| 010201 | VENOCAT CATETER # 20 | | | | | | | | 1 | 4,800 | 4,800 |
| | PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH | | | | | | | | 2 | 8,000 | 16,000 |
| 020109 | VICRYL SUTURA # 1 | | | | | | | | 2 | 22,250 | 44,500 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 8 | 500 | 4,000 |
| 452302 | EQUIPO MACROGOTEO | | | | | | | | 2 | 2,800 | 5,600 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 59 | 0 | 0 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 3 | 1,500 | 4,500 |
| | PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 010102 | GUANTE ESTERIL 8 .0 | | | | | | | | 6 | 1,500 | 9,000 |
| | VENDA ALGODON 5X5 | | | | | | | | 1 | 4,100 | 4,100 |
| 010201 | VENDA ELASTICA DE 5X5 | | | | | | | | 2 | 4,800 | 9,600 |
| 010101 | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 010101 | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 2 | 564 | 1,128 |
| 908606 | GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO | | | | | | | | 6 | 1,500 | 9,000 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 30 | 500 | 15,000 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 3 | 500 | 1,500 |
| 015501 | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | | | | | | | | 26 | 584 | 15,200 |
| | TUBO ENDOTRAQUEAL 6.5 | | | | | | | | 1 | 14,700 | 14,700 |
| | COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED | | | | | | | | 5 | 2,300 | 11,500 |
| 010101 | LAPIZ PARA ELECTROBISTURI | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 010101 | SONDA NELATON NO. FR 18 | | | | | | | | 1 | 4,700 | 4,700 |
| **MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| 19942561 | LACTATO RINGER X 500ML | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 19942561 | LACTATO RINGER X 500ML | | | | | | | | 8 | 4,128 | 33,024 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 2 | 4,819 | 9,638 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 300 | 22 | 6,600 |
| 20072004 | PROPOFOL 1% 10 MG/20ML | | | | | | | | 15 | 0 | 0 |

Grupo MOK - Previsora
15 ENE 2020
DOCUMENTOS RECIBIDOS
CORRESPONDENCIA

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 075a9bede3a35556905db5e611ec41d93de89105cd551ab00:060551a...

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018



| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.03 | 09:38:00 | 2020.02.17 |

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 28

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 50 | 2,500 | 125,000 |
| 20067651 | DICLOFENACO 75MG /3ML | | | | | | | | 14 | 2,500 | 35,000 |
| 19903409 | FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML FENTANILO | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| 23876-02 | GENTAMICINA X 80MG/2ML VITALIS | | | | | | | | 9 | 3,700 | 33,300 |
| 53285-01 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 53285-01 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 15 | 3,387 | 50,805 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 300 | 29 | 8,700 |
| 49658-06 | OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION | | | | | | | | 45 | 0 | 0 |
| 19953260 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARMALOGICA | | | | | | | | 18 | 11,300 | 203,400 |
| 20006845 | DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| **IMAGENES DX** | | | | | | | | | | | |
| 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO | 2019.01.15 | 873206 | | FGR | | | | 1 | 46,700 | 46,700 |
| 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO | 2019.01.29 | 873206 | | FGR | | | | 1 | 46,700 | 46,700 |
| **LABORATORIOS** | | | | | | | | | | | |
| 19304 | CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA | 2018.12.27 | 902208 | | | | | | 1 | 21,600 | 21,600 |
| **OTROS** | | | | | | | | | | | |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2018.12.24 | 890202 | | FGR | | | | 1 | 38,500 | 38,500 |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2018.12.24 | 890202 | | RPP | | | | 1 | 38,500 | 38,500 |
| 39139 | CONSULTA PREANESTESICA | 2018.12.24 | 890202 | | JHT | | | | 1 | 38,500 | 38,500 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.01.09 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.01.15 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.01.29 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2019.01.09 | S22101 | | ACM | | | | 1 | 19,600 | 19,600 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2019.01.16 | S22101 | | ACM | | | | 1 | 19,600 | 19,600 |

VALOR BRUTO: 14,190,895 CUOT.MODER/COPAGO 0 TOTAL A PAGAR $ 14,190,895

SON: CATORCE MILLONES CIENTO NOVENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.**********

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

Cufe: 075a9bede3a35556905db5e611ec41d93de89105cdf51eb20c269611

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario: CAROLINA GUZMAN CAMELO

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado RG:

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG):

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: 28

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601

Nit: 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| MORA | NINCO |

| 1er.Nombre | 2do.Nombre |
|---|---|
| CESAR | AUGUSTO |

Tipo de Documento: CC [X] CE PA TI RC AS MS

No. Documento: 7729325

De: 41001

Direcci¾n: CLL 2 NO 7 A 72

Fecha de Nacimiento: 22/02/1984

Sexo: F [ ] M [X]

Departamento: HUILA

Municipio: NEIVA

Cod. 41

Cod. 001

Telefono: 3208270585

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]

Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]

Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: KM 2 + 500 VIA NEIVA LA ULLOA

Fecha Evento/Accidente: 24/12/2018

Hora: 06:55

Departamento: HUILA

Cod. 41

Municipio: RIVERA

Cod. 615

Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

ACIENTE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OZL68C CUANDO PIERDE EL CONTROL SE SALE DE LA VIA Y CAE SUFRIENDO LESIONES

## IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: SUZUKI

Placa: OZL68C

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1324

Poliza SOAT No: 1308004196463000

intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 19/12/2018 Hasta: 18/12/2019

Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| CASTRO | CHAVARRO |

| 1er.Nombre | 2do.Nombre |
|---|---|
| MARA | ALBENIS |

Documento de identidad: CC [X] CE PA NIT TI RC

No. Documento: 55152244

Direccion: CRA 6 N° 2 68

Departamento: HUILA

Municipio: NEIVA

Cod. 41

Cod. 001

Telefono: 3204733240

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | |
|---|---|
| MORA (1er.Apellido) | NINCO (2do.Apellido) |
| CESAR (1er.Nombre) | AUGUSTO (2do.Nombre) |

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS — No. Documento 7729325

Direcci¾n: CLL 2 N° 7 A 72

Departamento: HUILA — Cod. 41 — TelÚfono: 3208270585

Municipio: NEIVA — Cod. 001

## VII. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisi¾n [ ] Orden servicio [ ]

Fecha de Remisi¾n: / / a las

Prestador que remite:

Direccion: Telefono: C¾digo de inscripci¾n:

Profesional que Remite: Cargo:

Fecha de Aceptaci¾n: / / a las

Prestador que recibe:

Direccion: Telefono: C¾digo de inscripci¾n:

Profesional que recibe: Cargo:

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Transporto la victima desde : Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Bßsica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ] Lugar donde recoge la victima Zona: U [ ] R [ ]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 24/12/2018 a las 07:49

Diagnostico presuntivo de Ingreso
S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED

Diagnostico definitivo de Ingreso
S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE

Fecha de Egreso: 29/01/2019 a las 11:10

Diagnostico presuntivo de Egreso
S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA

Diagnostico definitivo de Egreso
S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso
S022 FRACTURA DE LOS HUESOS DE LA NARIZ

| | |
|---|---|
| LOBO (1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante) | (2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante) |
| ANA (1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante) | MARIA (2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante) |

Tipo Documento CC[X] CE PA — No. Documento 1091667678

N·mero de Registro de MÚdico 1091667678

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 14190895 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

l total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

lo representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccí¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.08 | 18:08:24 | 2020.02.22 |

FACTURA DE VENTA No. FEC1 - 99

ENTIDAD RESPONSABLE ( AT1324 ) TIPO CONTRATO EVENTO VIA DE INGRESO AMBULATORIA

NIT: 860002400 LA PREVISORA S.A.

DIRECCION: CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC TELEFONO: 8711773 ORDEN SS 41619

CONTRATO/PLAN 001 01 SOAT REGIMEN OTRO REGIMEN AUTORIZACION FEC-HOR INGRES 2018.01.16 - 11:19 FEC-HORA EGRESO 2018.01.16 - 11:30

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

DOCUMENTO: CC - 51737263 MENDOZA FRANCY ALEXANDRA EDAD : 56 Anos

DIRECCION: CLL 18 N 5-87 CAMPOALEGRE TELEFONO: 3192074308

OBSERVACIONES:

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OTROS | | | | | | | | | | | |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2018.01.16 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 45,100 | 45,100 |

| VALOR BRUTO: | 45,100 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 45,100 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: CUARENTA Y CINCO MIL CIEN PESOS M/CTE.**********

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

15 ENE 2020

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 4225fc54e3e815186d1bc20ded269551443d68db250c2af9fa08305e862[illegible]469aa7451364534[illegible]d9ee2b434d508433c

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT. 800.110.[illegible]

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO $ 75.100

Cristian Muñoz

CARTERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario EDNA TATIANA ORTIZ MARTINEZ

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: 99

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

MENDOZA — 1er.Apellido o Razon Social

2do.Apellido

FRANCY — 1er.Nombre

ALEXANDRA — 2do.Nombre

Tipo de Documento: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS

No. Documento: 51737263

De: 73217 Fecha de Nacimiento: 20/07/1963 Sexo: [X] F [ ] M

Direcci¾n: CLL 18 N 5-47

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3144253087

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Naturales: | Sismo | [ ] | Maremoto | [ ] | Erup. Volcanicas | [ ] | Huracßn [ ] |
| | Inundaciones | [ ] | Avalancha | [ ] | Desliz. de Tierra | [ ] | Incendio Natural [ ] |
| Terroristas: | Explosi¾n | [ ] | Masacre | [ ] | Mina Antipersonal | [ ] | Combate [ ] |
| | Incendio | [ ] | Ataques a Municipios | [ ] | Desplazados | [ ] | |
| | Otros [ ] Cual? | | | | | | |

Direcci¾n de la Ocurrencia: CRA 18 CON CALLE 29 BARRIO RODRIGO LARA

Fecha Evento/Accidente: 07/08/2017 Hora: 10:30

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Zona: [X] U [ ] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

CONDUCTORA DE MOTO DE PLACAS HWR42B REMITIDA DE CAMPOALEGRE PIERDE EL CONTROL Y CAESUFRIENDO LESIONES

## IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: AUTECO Placa: HWR42B

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1324 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 1308004090076000 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 11/04/2017 Hasta: 10/04/2018

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

CORTES — 1er.Apellido o Razon Social

2do.Apellido

HUMBERTO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

No. Documento 12110285

Direccion: CALLE 18 N0 5 47

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: CAMPOALEGRE Cod. 132 Telefono: 3144253087

Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | |
|---|---|
| MENDOZA | |
| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
| FRANCY | ALEXADNRA |
| 1er.Nombre | 2do.Nombre |

**Tipo de Documento:** CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 51737263

**Direcci¾n:** CALLE 18 N0 5 47

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **Telúfono:** 3144253087

**Municipio:** CAMPOALEGRE **Cod.** 132

## VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** 07/08/2017 a las 11:40

**Prestador que remite:** ESE HOSPITAL DEL ROSARIO **C¾digo de inscripci¾n:** 411320047701

**Direccion:** CAR 9 N 32 50 **Telefono:** 098 8381481 HUILA-CAMPOALEGRE

**Profesional que Remite:** CARLOS EDUARDO GARDU¥O **Cargo:** MEDICO

**Fecha de Aceptaci¾n:** 07/08/2017 a las 11:55

**Prestador que recibe:** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

**Direccion:** CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

**Profesional que recibe:** EDGAR OBANDO **Cargo:** MEDICO

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia BBsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 16/01/2018 **a las** 11:19

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**

**Diagnostico definitivo de Ingreso**

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE

**Diagnostico relacionado de Ingreso**

**Fecha de Egreso:** 16/01/2018 **a las** 11:30

**Diagnostico presuntivo de Egreso**

**Diagnostico definitivo de Egreso**

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y

**Diagnostico relacionado de Egreso**

| | |
|---|---|
| OBANDO | BRAVO |
| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
| EDGAR | ANDRES |
| 1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante | 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante |

**Tipo Documento** CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1075218065

**N·mero de Registro de MÚdico** 41665-12

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 45100 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud. declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**51737263 - 13413**

FECHA EMISION: 20.01.04
HORA: 11:45:45

**PACIENTE:** MENDOZA FRANCY ALEXANDRA

DOC.IDENT: CC 51737263 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CLL 18 N 5-87
FCHA.NACTO: 63.07.20 EDAD: 56 A CIUDAD: CAMPOALEGRE TEL: 3192074308
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

SERVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 17.08.07 HORA DE INGRESO: 13:58
SERVICIO DE EGRESO: - FECHA DE EGRESO: 18.01.16 HORA DE EGRESO: 11:30
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**
CONFIRMADO: S602 - TRAUMA DE LA MU¥ECA DER

**FECHA: 17.08.07-14:16:09 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
USUARIA QUE IBA COMO CONDUCTORA DE LA MOTO DE PLACAS HWR42B CUANDO PIERDE EL CONTROL Y CAE

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA, REMITIDO DE 1 NIVEL, VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO HACE APROXIMADAMENTE 6 HORAS EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA, OCASIONADOLE LA CAIDA Y TRAUMA EN ANTEBRAZO DER, VALORADO EN PRIMER NIVEL EN DONDE APLICAN TTO (TRAMADOL), INMOVILIZAN EXTREMIDAD CON FERULA DE YESO Y REMITEN PARA CONTINUAR MANEJO.

***** ANTECEDENTES, INTERVENCIONES Y ALERGIAS *****
--->><2017.08.07-14:16:10>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) H.U. 32838
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: COLECISTECTOMIA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><17.09.12-11:55:52>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 35401
ACCIDENTE DE TRANSITO EL 07/AGOSTO DEL /2017
FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO DERECHO CON TRATAMIENTO ORTOPEDICO

--->><2019.12.26-00:31:22>>, (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL) H.U. 87830
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A..

--->><2019.12.30-13:29:16>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 88038
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 25 DE DICIEMBRE DEL 2019
REMITIDA DE CAMPO ALEGRE -HUILA
REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE RADIO DISTAL IZQUIERDO EL DIA 30 DE DICIEMBRE DEL2019

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 140/80 FC: 74 FR: 16 TEMP: 36 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.
<<CUELLO>>
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.
<<TORAX>>
Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.
<<ABDOMEN>>
Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)
<<GENITOURINARIO>>
No verificado
<<PELVIS>>
Estable, no dolorosa a la palpacion.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, CATETER VENOSO EN MSI, MIEMBRO SUP DER INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, SE RETIRA FERULA, DOLOR Y EDEMA DE PU¥O DER, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.
<<NEUROLOGICO>>
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)
<<PIEL>>
De aspecto normal.
<<FANERAS>>
De aspecto normal.

**FECHA: 17.08.07-14:16:14 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
ANALGESIA, TOMA DE RX.
DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 APLICAR IM

-EN SALA DE CURACIONES: APLICAR ANALGESIA INDICADA
-PASAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMAGENES
-REVALORAR CON RESULTADOS

**FECHA: 17.08.07-15:00:33 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA FRACTURA DE LAS EPIFISIS INFERIORES DEL CUBITO Y DEL RADIO

**FECHA: 17.08.07-15:01:26 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SE REPORTA RX, SE INDICA REUBICAR FERULA DE YESO , SS VALORACION POR ORTOPEDIA. QUEDA EN OBSERVACION

**FECHA: 17.08.07-15:02:04 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

OBSERVACION
PASAR A SALA DE YESOS
SS VALORACION POR ORTOPEDIA

**FECHA: 17.08.07-16:24:18 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 16:10 / 16:20 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL VIA: QUIEN REALIZA: EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

-INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO PALMOANTEBRAQUIAL

**FECHA: 17.08.07-16:24:43 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
-INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO PALMOANTEBRAQUIAL

**FECHA: 17.08.07-17:29:17 // AREA: VALORACION X ESPECIALISTA (INT // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG.**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PU¥O DERECHO. ANTECEDENTES NEGATIVOS
AL EXAMEN PU¥O DERECHO DOLOR INTENSO A PALPACION DE RADIO DISTAL EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL.
RX FRACTURA RADIO DISTAL DERECHO
ID FRACTURA RADIO DERECHO
PLAN
MANTIENE INMOVILIZACION YESADA
SE DA SALIDA CON IBUPROFEN
CONTROL CON ORTOPEDIA EN 25 DIAS
INCAPACIDAD 30 DIAS

**FECHA: 17.08.07-17:31:00 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PUÑO DERECHO. ANTECEDENTES NEGATIVOS
AL EXAMEN PUÑO DERECHO DOLOR INTENSO A PALPACION DE RADIO DISTAL EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL.
RX FRACTURA RADIO DISTAL DERECHO
ID FRACTURA RADIO DERECHO
PLAN
MANTIENE INMOVILIZACION YESADA
SE DA SALIDA CON IBUPROFEN
CONTROL CON ORTOPEDIA EN 25 DIAS
INCAPACIDAD 30 DIAS

DIAGNOSTICOS
S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO DER TIPO FRAC: CERRADA

**FECHA: 17.08.07-17:36:43 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA SALIDA, CONTINUAR CON INMOVILIZACION,Y MANEJO ANALGESICO AMBULATORIO

**FECHA: 17.08.07-17:38:20 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 1 TABLETA CADA 8 HORAS

APLICAR FRIO LOCAL EN ZONAS INFLAMADAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

MANTENER REPOSO Y EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
CUIDAR FERULA (NO MOJAR, NO RETIRAR, NO CORTAR
RECONSULTAR EN CASO DE PRESENTAR DOLOR INTENSO, LIMITACION IMPORTANTE DE LA MOVILIDAD

CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN 25 DIAS DR. GARCIA (PEDIR CITA CON ANTELACION)

**FECHA: 17.08.07-17:39:07 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2017.08.07-17:38:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

**FECHA: 17.09.12-11:55:52 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

CONTROL FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO DERECHO CON TRATAMIENTO ORTOPEDICO

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS : ANTEBRAZO DERECHO FERULA EN BUEN ESTADO ,NO MAL OLOR , LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE DEDOS

**FECHA: 17.09.12-11:55:53 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 8 DIAS
RX DE ANTEBRAZO DERECHO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLAN
RETIRAR INMOVILIZACION HOY
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 8 DIAS CON RX

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 8 DIAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA Y LA MOVILIDAD DE DEDOS

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 17.09.12-12:00:44 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RETIRAR INMOVILIZACION HOY
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 8 DIAS CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 8 DIAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA Y LA MOVILIDAD DE DEDOS

**FECHA: 17.09.19-11:49:40 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
CONTROL FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO DERECHO CON TRATAMIENTO ORTOPEDICO , TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS : ANTEBRAZO DERECHO NO DOLOR EN FOCO DE FRACTURA , LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE PU¥O

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
15 SESIONES DE TERAPIA FISICA
USO Y ABUSO
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 17.09.19-12:00:29 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO DERECHO
** JUSTIFICACION **

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

15 SESIONES DE TERAPIA FISICA
USO Y ABUSO
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
RX DE PUÑO DERECHO FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO DERECHO CONSOLIDADA

**FECHA: 18.01.16-11:19:37 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
CONTROL FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO DERECHO CON TRATAMIENTO ORTOPEDICO , ACABE LA ORDEN DE TERAPIAS FISICAS

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS : PU¥O DERECHO CICATRIZ ANTIGUA EN DORSO DEL PU¥O LIMITACION PARA LA EXTENSION ACTIVA DEL TENDON , DOLOR A FLEXO EXTENSION DEL PU¥O

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 4 DIAS
RX DE PUÑO DERECHO AP- LAT- OBLICUO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
AGUA TIBIA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 4 DIAS PARA DESCARTAR FRACTURA DE ESCAFOIDES NO VISIBLE EN RX DE INGRESO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 4 DIAS

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.01.16-11:30:28 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

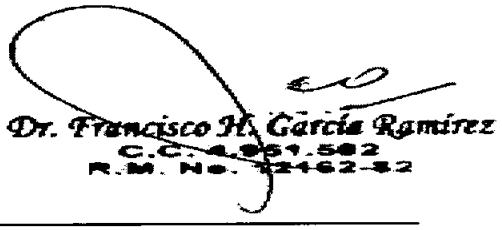
AGUA TIBIA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 4 DIAS PARA DESCARTAR FRACTURA DE ESCAFOIDES NO VISIBLE EN RX DE INGRESO
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 4 DIAS

5

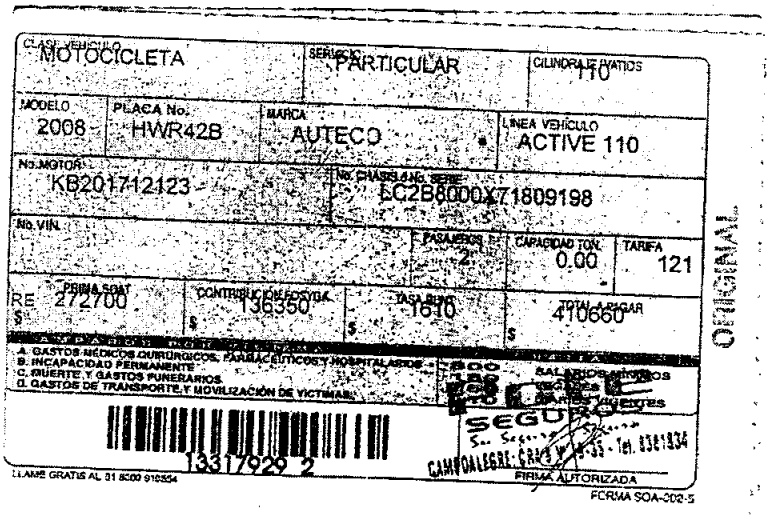
**DIAGNOSTICOS AL EGRESO** **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO CERRADA

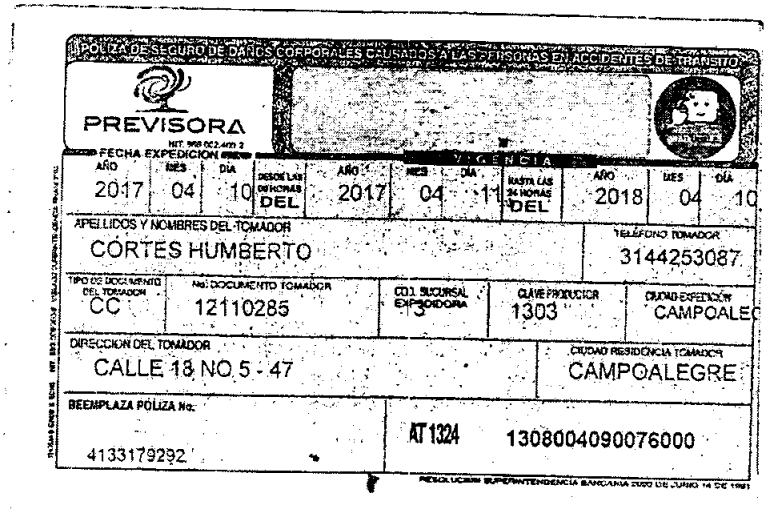
CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO



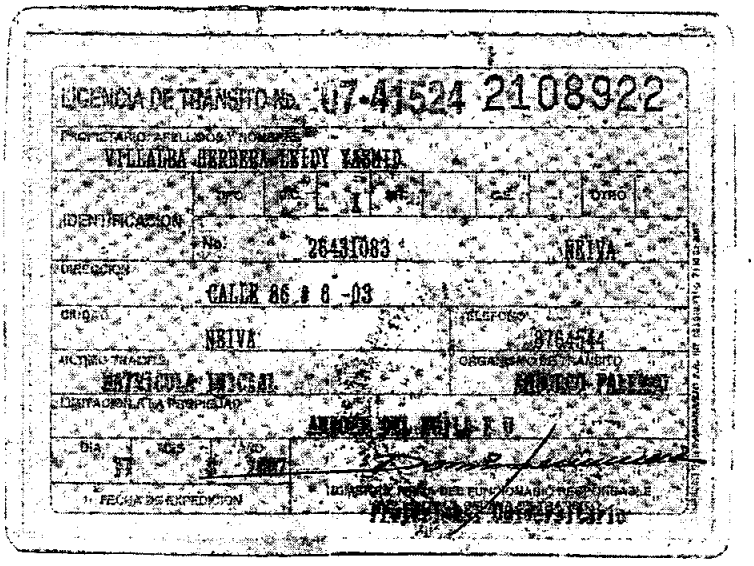

***Registro Medico:***



CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA
SERVICIO: PARTICULAR
CILINDRAJE/PATIOS: 110
MODELO: 2008
PLACA No.: HWR42B
MARCA: AUTECO
LINEA VEHICULO: ACTIVE 110
No.MOTOR: KB201712123
No. CHASIS/No. SERIE: LC2B8000X71809198
No. VIN:
PASAJEROS: 2
CAPACIDAD TON.: 0.00
TARIFA: 121
RE
PRIMA SOAT: $ 272700
CONTRIBUCION SOLIDARIA: $ 136350
TASA RUNT: $ 1610
TOTAL A PAGAR: $ 410660
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES
13317929 2
SEGUROS
CAMPOALEGRE
FIRMA AUTORIZADA
LLAME GRATIS AL 01 8000 916554
FORMA SOA-002-5
ORIGINAL



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO
PREVISORA
NIT. 860.002.400-2
FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 04 DIA 10
VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS: AÑO 2017 MES 04 DIA 11
HASTA LAS 24 HORAS: AÑO 2018 MES 04 DIA 10
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CORTES HUMBERTO
TELÉFONO TOMADOR: 3144253087
TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC
No. DOCUMENTO TOMADOR: 12110285
COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 3
CLAVE PRODUCTOR: 1303
CIUDAD EXPEDICIÓN: CAMPOALE
DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 18 NO 5 - 47
CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: CAMPOALEGRE
BEEMPLAZA PÓLIZA No.: 4133179292
AT 1324
1308004090076000
RESOLUCION SUPERINTENDENCIA BANCARIA 2000 DE JUNIO 14 DE 1983



LICENCIA DE TRANSITO No. U7-41524 2108922

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES
VILLALBA HERRERA HENRY RAMIRO

IDENTIFICACION: CC X — No. 26431083 — NEIVA

DIRECCION: CALLE 86 # 8 -03

ORIGEN: NEIVA — TELEFONO: 8764544

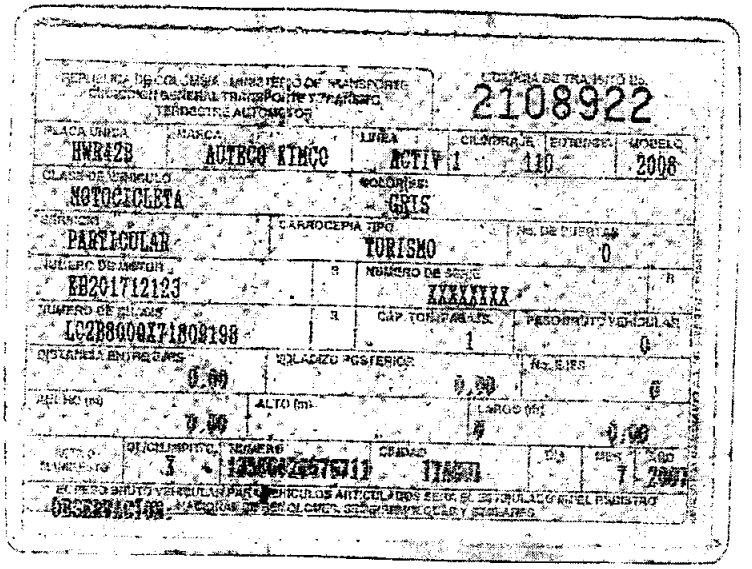
ACTIVO TRANSITO: MOTOCICLETA — ORGANISMO DE TRANSITO: NEIVA

DISTRIBUIDOR O PROPIETARIO: NEIVA

Dia 27 Mes 7 Año 2007

FECHA DE EXPEDICION

FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE



REPUBLICA DE COLOMBIA — MINISTERIO DE TRANSPORTE — DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO — TERRESTRE AUTOMOTOR

LICENCIA DE TRANSITO No. 2108922

| PLACA UNICA | MARCA | LINEA | CILINDRAJE | ESTENSION | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| HWR42B | AUTECO KINGO | ACTIV 1 | 110 | | 2008 |

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA — COLOR(ES): GRIS

SERVICIO: PARTICULAR — CARROCERIA TIPO: TURISMO — No. DE PUERTAS: 0

NUMERO DE MOTOR: KB2C01712123 — NUMERO DE SERIE: XXXXXXXX

NUMERO DE CHASIS: LC2B8000X71808198 — CAP. TON. PASAJS.: 1 — PESO BRUTO VEHICULAR: 0

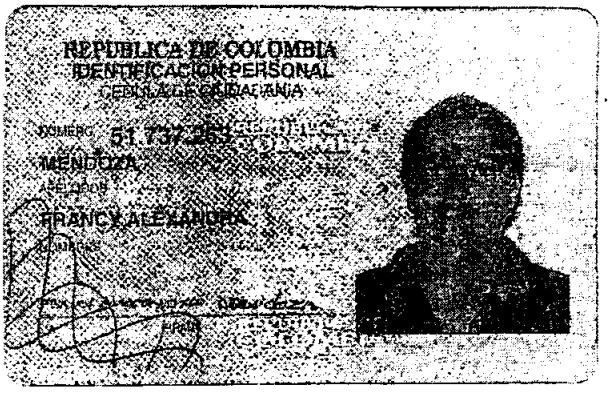
DISTANCIA ENTRE EJES: 0.00 — ROLADAZO POSTERIOR: 0.00 — No. EJES: 0

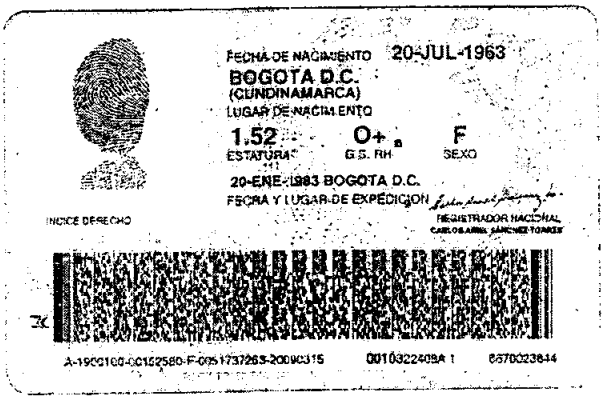
ANCHO (m): 0.00 — ALTO (m): 0.00 — LARGO (m): 0.00

No. DE FACTURA: 3 — No. DE FORMULARIO: [illegible] — CREADO: [illegible] — DIA: 7 — MES: [illegible] — AÑO: 2007

EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO

OBSERVACIONES: [illegible]


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 51.737.263
MENDOZA
FRANCY ALEXANDRA


FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1963
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
20-ENE-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1900100-0012580-F-0051737263-20090315 0010322409A 1 6870023644

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
(ptoros01)

ORDEN DE TRABAJO / SERVICIO
DETALLADO

Fecha: 20.01.04
Pág. 1

| CÓDIGO | DESCRIPCION ITEM | % | CODIGO | ANEXO2 | MED | CANT | VR.UNIT | VR.TOTAL | COPAGO/CM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ORDEN No. 180 - 1 - 41619 FECHA: 18.01.16 FACTURADO. 0 FECHA Y HORA INGRE. 18.01.16 / 11:19

ENTIDAD : 860002400 LA PREVISORA S.A. AUTORI. FECHA Y HORA EGRE. 18.01.16 / 11:30

PACIENTE: 51737263 MENDOZA FRANCY ALEXANDRA IMPRIME. FRANCY POLANIA SUAREZ

FECHA ACCESO: 18.01.16

CONSULTA EXTERNA

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18.01.16 | SO1.39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA | | 890 | FGR | 1 | 45,100 | 45,100 | 0 | FC |

TOTAL ORDEN ... 45,100 0

TOTAL GENERAL ... 1 45,100

Copia 97

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
**CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436**

**RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS**

FECHA: 05/03/2020

Yaneth.

Grupo MON - Previsora
17 MAR 2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-99 fechada el dia 20.01.08 cuyo paciente es MENDOZA FRANCY ALEXANDRA

**HISTORIA No.** 51737263

**GLOSA No:** ZGL-1-16823 **SINIESTRO:** 74269

**>> ITEM GLOSADO 1:** 1 - GLOSA GENERAL

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 45100.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999
SE OBJETA POR PRESCRIPCION.

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 45100.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA 99 RADICADA EL 15/01/2020 YA QUE EN ELLA SE PUEDE EVIDENCIAR QUE AUN NO HAN TRASCURRIDO DOS (2) AÑOS COMO LO REFIEREN EN LA GLOSA LA FACTURA FUE REALIZADA ELECTRINICAMENTE EL 08/01/2020 Y EL SERVICIO SE PRESTO 16/01/2018 . POR TANTO LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA:** | 45,100.00 |
| **VR ITEMS EN FACTURA:** | 45100.00 |
| **VALOR GLOSADO :** | 45100.00 |
| **ACEPTADO IPS** | 0.00 |
| **VALOR REFUTADO:** | 45100.00 |
| **ACEPTADO EPS** | 0 |
| **CONCILIACION** | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MILENA AMPARO PEREZ
**QUIEN RESPONDE**

PREVISORA

# LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT
## Previsora Seguros

**No. Egreso**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020365391 | **No.** | 831947 | **Siniestro** | 74269 | **No.** | FEC199 |
| **Amparo** | 1 Gastos Medicos | **Fecha siniestro** | 07/08/2017 | **Fecha aviso** | 12/09/2017 | **Fecha recepción** | 15/01/2020 |
| **Fecha formalización** | 15/01/2020 | **Fecha liquidación** | 27/01/2020 | **Vigencia desde** | 11/04/2017 | **hasta** | 11/04/2018 |
| **Póliza** | 4090076 | **Nro Interno** | | | | | |
| **Id tomador** | 1160647 | **Nombre tomador** | HUMBERTO CORTES | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | |
| **Id accidentado** | 51737263 | **Nombre** | FRANCY ALEJANDRA MENDOZA | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | |
| **Diagnósticos** | S602 S526 | | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 77709 | GASTOS MEDICOS | SE OBJETA POR PRESCRIPCION | 100% | 45,100 | 45,100 | |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | 45,100 |
| **9023** | **Pago Neto** | 0 |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | 45,100 |

Liquidación: YULI.MIRANDA

Aprobación:

Revisó:

Vo. Bo. CLAUDIA MORENO

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

RECIBIDO 06 FEB 2020

PREVISORA

SISA -

Bogotá, Enero 27 de 2020.

Señores:
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
**CALLE 18 N 6-65 BARRIO QUIRINAL**
**NEIVA - HUILA**

ASUNTO: FACTURA NRO: FEC199
ACCIDENTADO: FRANCY ALEJANDRA MENDOZA
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO:
RADICADO: N132020365391
OBJECIÓN

Respetado(a) Señor (a):

En atención a la solicitud de indemnización radicada en nuestra Compañía, por medio de la cual, se solicita afectar la póliza Soat AT-1324-4090076-13-4 por el amparo en referencia, en virtud del accidente ocurrido en Agosto 07 de 2017 a el(la) señor(a) FRANCY ALEJANDRA MENDOZA , una vez analizada la documentación aportada para el estudio de la petición indemnizatoria, frente al contrato de seguro y la legislación vigente que regula la materia, encontramos que los hechos que originan la solicitud ocurrieron el **07 de 08 de 2017** , los cuales desencadenaron la atención hospitalaria de el(la) señor(a) FRANCY ALEJANDRA MENDOZA , cuya fecha de egreso de la entidad hospitalaria fue el día Enero 16 de 2018. Por lo cual se establece en forma clara y precisa que desde la fecha de egreso de la entidad hospitalaria del sr(a) FRANCY ALEJANDRA MENDOZA , y la fecha de presentación de la solicitud de indemnización a la Compañía han transcurrido más de dos (2) años.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante precisar que la normatividad que rige el Contrato de Seguros es clara en su artículo 1081 del Código de Comercio, al establecer que: *"La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria...La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr* ***desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento*** *del hecho que da base a la acción.(...).".*

Igualmente cabe anotar que el decreto 056 del 14 de enero de 2015, norma específica



RECIBIDO 06 FEB 2020

PREVISORA

para SOAT, establece en el Artículo 41 la fecha a partir de la cual se empiezan a contar los dos años para aplicar el término de prescripción, siendo para la cobertura de gastos médicos el siguiente: *"1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud..."*.

Por las razones expuestas, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS objeta y declina la petición indemnizatoria.

Atentamente.

**GLORIA LUCIA SUAREZ DUQUE**

Representante Legal
Revisó:
Enero 27 de 2020

FACTURA NRO: FEC199
ACCIDENTADO: FRANCY ALEJANDRA MENDOZA
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO:
RADICADO: N132020365391
OBJECIÓ
N

Rdo

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012535 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.09 | 07:56:21 | 2020.02.23 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 101

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 )
NIT: 860002400 LA PREVISORA S.A.
DIRECCION: CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC
TELEFONO: 8711773
CONTRATO/PLAN: 001 01 SOAT
REGIMEN: OTRO REGIMEN
AUTORIZACION:

**TIPO CONTRATO**: EVENTO
**VIA DE INGRESO**: AMBULATORIA
**ORDEN SS**: 41588
**FEC-HOR INGRES/FEC-HORA EGRESO**: 2018.01.16 - 08:33 / 2018.01.16 - 09:00

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
DOCUMENTO: CC - 1075239398 TAFUR GONZALEZ EIDER LEONARDO
EDAD : 28 Anos
DIRECCION: CLL 77 NO 4 16 NEIVA
TELEFONO: 3208742117
OBSERVACIONES:

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OTROS | | | | | | | | | | | |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2018.01.16 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 45,100 | 45,100 |

| VALOR BRUTO: | 45,100 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 45,100 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: CUARENTA Y CINCO MIL CIEN PESOS M/CTE

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

NURY

Grupo MoK - Prestaciones

15 ENE 2020

RECIBIDO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** f2d4b0666d6a613c2ad2887cb1e8792f668414af28c984a8f52e8dadb08dc434b634983d5757cf3bdc56d420453f2925

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 809.110.181-9

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO $ 45.100

Cristian Muñoz

CARTERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

**Usuario** EDNA TATIANA ORTIZ MARTINEZ

**Fecha Radicaci¾n:** D D M M A A A A

**No.Radicado**

**RG** [ ]

**No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}**

**Nro. Factura \Cuenta de Cobro** 101

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

**Razon social** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**Codigo Habilitacion:** 410010046601 **Nit:** 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

TAFUR — 1er.Apellido o Razon Social

GONZALEZ — 2do.Apellido

EIDER — 1er.Nombre

LEONARDO — 2do.Nombre

**Tipo de Documento:** [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] MS

**No. Documento:** 1075239398

**De:** 41001 **Fecha de Nacimiento:** 27/09/1989 **Sexo:** [ ] F [X] M

**Direcci¾n:** CLL 77 NO 4 16

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3208742117

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001

**Condicion del accidentado:** [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Naturaleza del Evento:**

**Accidente de Transito** [X]

**Naturales:** Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

**Terroristas:** Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]
Otros [ ] Cual?

**Direcci¾n de la Ocurrencia:** KM 53 VIA AIPE ESPINAL

**Fecha Evento/Accidente:** 15/09/2017 **Hora:** 12:00

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municipio:** AIPE **Cod.** 016 **Zona:** [ ] U [X] R

**Informe del accidente (Relato breve de los hechos):**
PACINETE CONDUCTOR DE MOTO DE PLACAS KRX34D CUANDO ES COLISIONADO POR UNA TURBO OCASIONANDO MULTIPLES TRAUMAS

## IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Estado de Aseguramiento:** **Aseg.** [X] **No Aseg.** [ ] **Vehi. Fantasma.** [ ] **P¾liza falsa** [ ] **Vehiculo en Fuga** [ ]

**Marca:** BAJAJ **Placa:** KRX34D

**Tipo de Servicio:** **Particular** [X] **Publico** [ ] **Oficial** [ ] **Vehiculo de Emergencia** [ ]

**Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar** [ ] **Vehi. de transporte masivo** [ ] **Vehi. Escolar** [ ]

**Codigo Aseguradora:** AT1324 **intervenci¾n de la Auto.** **Si** [ ] **No** [X]

**Poliza SOAT No** 1308004111901000 **Cobro excedente P¾liza** **Si** [ ] **No** [X]

**Vigencia de la Poliza:** **Desde:** 15/09/2017 **Hasta:** 14/09/2018

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

TAFUR — 1er.Apellido o Razon Social

CHAVARRO — 2do.Apellido

EIDER — 1er.Nombre

ANTONIO — 2do.Nombre

**Documento de identidad:** [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] NIT [ ] TI [ ] RC

**No. Documento** 12121972

**Direccion:** CALLE 77 N 4 16

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municiplo:** NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** 3208742117

**Total Folios:** 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
|---|---|
| TAFUR | GONZALEZ |
| **1er.Nombre** | **2do.Nombre** |
| EIDER | LEONARDO |

**Tipo de Documento:** CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075239398

**Direcci¾n:** CALLE 77 N 4 16

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3208742117

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001

## VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** 21/09/2017 a las 16:30

**Prestador que remite:** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

**Direccion:** CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

**Profesional que Remite:** ANYELO TOVAR **Cargo:** MEDICO GENERAL

**Fecha de Aceptaci¾n:** 21/09/2017 a las 16:30

**Prestador que recibe:** SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD **C¾digo de inscripci¾n:** 0

**Direccion:** CALLE 5 N 6 73 **Telefono:** 8724600 HUILA-NEIVA

**Profesional que recibe:** **Cargo:**

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** [U] [R]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 16/01/2018 **a las** 08:33

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

**Diagnostico definitivo de Ingreso**
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

**Diagnostico relacionado de Ingreso**
S098 OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA,

**Fecha de Egreso:** 16/01/2018 **a las** 09:00

**Diagnostico presuntivo de Egreso**
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO

**Diagnostico definitivo de Egreso**
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

**Diagnostico relacionado de Egreso**
S098 OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA,

| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
|---|---|
| TOVAR | |
| **1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante** | **2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante** |
| ANYELO | |

**Tipo Documento** CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 7726132

**N·mero de Registro de MÚdico** 3329-07

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 45100 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**1075239398 - 14341**

FECHA EMISION: 20.01.04
HORA: 11:35:47

**PACIENTE:** TAFUR GONZALEZ EIDER LEONARDO

DOC.IDENT: CC 1075239398 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CLL 77 NO 4 16
FCHA.NACTO: 89.09.27 EDAD: 28 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3208742117
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 17.09.15 HORA DE INGRESO: 20:24
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 18.01.16 HORA DE EGRESO: 09:00
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
CONFIRMADO: S099 - TCE LEVE
RELACIONADO1: S018 - HERIDAS COMPLEJAS EN CARA SUTURADAS
RELACIONADO2: S822 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA IZQ

**FECHA: 17.09.15-20:40:44 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
PACINETE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS KRX34D CUANDO ES COLISIONADO POR UNA TURBO Y CAE

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO Y REGRESA DE SALAS DE CIRUGIA , SE REALIZAON PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA PLASTICA Y ORTOPEDIA
POP INMEDIATO DE DEBRIDAMIENTO DE PARTES BLANDAS DE HERIDA EN PIERNA IZQ + RETIRO DE CUERPOS EXTRA¥OS CONTAMINANTES + CURETAJE DE TIBIA + AFRONTAMIENTO DE HERIDA + INMOVILIZCION CON FERULA YESADA
POP INMEDIATO DE SUTURA DE HERIDAS EN CARA

***** ANTECEDENTES, INTERVENCIONES Y ALERGIAS *****
--->><<2017.09.15-13:48:04>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 35712
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<2017.09.15-16:22:18>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 35721

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

--><<17.09.15-17:32:29>>, (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA) H.ME: 35721
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 15/09/2017
SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA EL DIA 15/09/2017

--><<17.09.15-17:33:25>>, (DR(A). RPP - RAMIRO PERDOMO POLANCO - C.C. 12118357 - REG. MEDICO: 1403889 - CIRUGIA PLASTICA) H.ME: 35721
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 15/09/2017
SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA EL DIA 15/09/2017

--><<17.09.15-20:40:44>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) H.U. 35731
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<17.10.09-11:42:28>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 36607
OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO EL DIA 23/09/2017 EN CLINICA EMCO SALUD

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 114/78 FC: 88 FR: 20 TEMP: 36 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
Cabeza normoconfigurada, VENDAJE COMPRESIVO ELASTICO EN REGION FRONTAL, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.
<<CUELLO>>
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.
<<TORAX>>
Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.
<<ABDOMEN>>
Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)
<<GENITOURINARIO>>
No verificado
<<PELVIS>>
Estable, no dolorosa a la palpacion.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, MIEMBRO INF IZQ INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.
<<NEUROLOGICO>>
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)
<<PIEL>>
ABRASIONES MULTIPLES LIMPIAS EN ANTEBRAZOS Y RODILLA DER
<<FANERAS>>
De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 17.09.15-20:40:49 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON TCE LEVE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO FOCALIZADO, ABDOMEN SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN COMPROMISO VENTILATORIO, SE INDICA CONTINUAR MANEJO MEDICO EN OBSERVACION Y VIGILANCIA NEUROLOGICA. SE INSTAURA TRATAMIENTO ANALGESICO ANTIBIOTICO Y SINTOMATICO

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 3 IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMP CANT: 4 IV CADA 8 HORAS
GENTAMICINA X 80MG/2ML CANT: 3 240 MG IV CADA 24 HORAS
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML CANT: 3 IV CADA 8 HORAS
RANITIDINA 50 MG/ 2 ML CANT: 3 IV CADA 8 HORAS
CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 4 PASAR A 100 CC/H
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 14 PARA DILUCIONES
- SE DEJA EN SALA DE OBSERVACION
- NADA VIA ORAL
- CSV AC
-VIGILANCIA NEUROLOGICA

**FECHA: 17.09.15-20:42:45 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

TAC CEREBRAL Y TAC DE CARA NORMALES
RX BRAZO IZQ , CODO IZQ, ANTEBRAZO IZQ, RODILLA IZQ, FEMUR IZQ NORMALES
RX PIERNA IZQ FRACTURA CONMINUTA DE DIAFISIS DE TIBIA IZQ

**FECHA: 17.09.16-06:29:47 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 3 IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMP CANT: 4 IV CADA 8 HORAS
GENTAMICINA X 80MG/2ML CANT: 3 240 MG IV CADA 24 HORAS
RANITIDINA 50 MG/ 2 ML CANT: 3 IV CADA 8 HORAS
CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 4 PASAR A 100 CC/H
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 14 PARA DILUCIONES
- DIETA NORMAL.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS.
- METOCLOPRAMIDA SUSPENDER
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE CON DIAGOSTICOS:
1. FRACTURA RXPUESTA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA IZQ
2. HERIDAS COMPLEJAS EN CARA SUTURADAS
3. TCE
S/ REFIERE ESTAR BIEN. LEVE CEFALEA, NO EMESIS
O/ ACEPTABLE ESTADO GENERAL ALERTA HIDRATADO AFEBRIL
SIGNOS VITALES TA 120/80 MMHG FC 70 X " FR 18 X "
CARA VENDAJE ELASTICO COMPRESIVO EN REGION FRONTAL
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN AGREGADOS, SIN TIRAJES, TORAX SIMETRICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION SIN DEFENSA MUSCULAR, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: MIEMBRO INF IZQ INMOVILIZADO CON FERULA YESADA, CON LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG PULSOS DISTALES FUERTES, SENSIBILIDAD DISTAL CONSERVADA
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE
PIEL ABRASIONES LIMPIAS
ANALISIS/ PACIENTE SIN COMPLICACIONES DURANTE SU ESTANCIA, EVOLUCIONA DE FORMA ESPERADA, ESTA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN COMPROMISO NEUROVASCULAR DISTAL, SIN EVIDENCIA DE SANGRADOS MASIVOS. CON ADECUADO CONTROL DEL DOLOR, SIN FOCALIDAD NEUROLOGICA
P/ CONTINUAR TTO MEDICO INSTAURADO. SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

**FECHA: 17.09.16-09:57:49 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PTE EN PRIMER DIA POP DE DESBRIDAMIENTO CURETAJE DE TIBIA IZQ Y SUTUIRA DE HERIDAS CARA. BIEN NO DOILOR HERIDAS QXS EN BUEN ESTADO. RX RODILLA PARECE EXISTIR FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL. RX PIERNA IZQ FRACTURA CONMINUTA DE TIBIA Y PERONE RX ANTEBRAZO NORMAL.. SE ORDENA HOSPITALIZAR CON MEDICACION PRESCRITA Y SE SS TAC DE RODIKLLA PARA DESCARTAR FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL.

**FECHA: 17.09.16-10:04:47 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

TAC DE RODILLA IZQUIERDA 3D

**FECHA: 17.09.16-12:16:47 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SE TRASLADA PACIENTE A SERVICIO DE HOSPITALIZACION.

**FECHA: 17.09.16-12:17:12 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 -**



9

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2017.09.16-12:17:03 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**FECHA: 17.10.09-11:42:28 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
CONTROL POST OPERATORIO INMEDIATO DE OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS : PIERNA IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , SIN SIGNOS DEINFECION , LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE RODILLA

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 3 SEMANAS
RX DE PIERNA IZQUIERDA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 3 SEMANAS CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 3 SEMANAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE FRACTURA

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 17.10.09-12:00:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 3 SEMANAS CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 3 SEMANAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE FRACTURA

**FECHA: 17.10.25-09:17:14 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO, TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS : PIERNA IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , PEQUE¥A AREA DE NECROSIS DE PIERNA SIN SIGNOS DE INFECION , BUENA MOVILIDAD DE RODILLA Y TOBILLO ,PARESIA DE NERVIO PERONERO .

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 1 MES
RX DE PIERNA IZQUIERDA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
APOYO PARCIAL
10 SESIONES DE TERAPIA FISICA CON ESTIMULACION ELECTRICA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS APARTIR DEL DIA 26/10/2017 PARA EMPATAR CON LA ANTERIOR DE LA POLI- CLINICA

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 17.10.25-09:30:41 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 17.10.26 FIN: 17.11.24

APOYO PARCIAL
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

PARALISIS DE NERVIO CIATICO POPITLEO EXTERNO PIERNA IZQUIERDA
** JUSTIFICACION **
10 SESIONES DE TERAPIA FISICA CON ESTIMULACION ELECTRICA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

RX DE PIERNA IZQUIERDA FRACTURA DE TIBIA IZQUIERDA MANTIENE REDUCCION FALTA CALLO OSEO CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS + FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO MANTIENE REDUCCION FALTA CALLO OSEO

**FECHA: 17.11.23-08:37:49 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO, TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA , LLEVO 5 TERAPIAS

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS : PIERNA IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , SIN SIGNOS DE INFECION , BUENA MOVILIDAD DE RODILLA , LIMITACION PARA DORSI FLEXION ACTIVA DE TOBILLO Y PIE

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 1 MES
RX DE PIERNA IZQUIERDA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLAN
MANTIENE FISIOTERAPIAS CON ESTIMULACION ELECTRICA PERCUTANEA 10 SESIONES
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 1 MES PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA Y LIMITACION PARA DORSI FLEXION ACTIVA DE TOBILLO Y PIE
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
APOYO PARCIAL
INCAPPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS APARTIR DEL DIA 25/11/2017

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 17.11.23-08:50:39 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO ,, PARALISIS CIATICO POPITLEO EXTERNO .
** JUSTIFICACION **
10 SESIONES DE TERAPIA FISICA CON ESTIMULACION ELECTRICA PERCUTANEA
MANTIENE FISIOTERAPIAS CON ESTIMULACION ELECTRICA PERCUTANEA 10 SESIONES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

CONTROL POR ORTOPEDIA EN 1 MES PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA Y LIMITACION PARA DORSI FLEXION ACTIVA DE TOBILLO Y PIE
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

RX DE PIERNA IZQUIERDA FRACTURA DE TIBIA IZQUIERDA MANTIENE REDUCCION FALTA CALLO OSEO CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS +FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO MANTIENE REDUCCION FALTA CALLO OSEO

**FECHA: 17.12.21-08:35:02 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO, TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA , AUN ESTOY EN TERAPIAS

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS :PIERNA IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , DOLOR EN TENDON ROTULIANO MEJORIA PARCIAL DE LA DORSI FLEXION DEL PIE

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 1 MES
RX DE PIERNA IZQUIERDA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLAN
AGUA TIBIA
MANTIENE FISIOTERAPIAS 10 SESIONES CON ESTIMULACION ELECTRICA PERCUTANEA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA Y PARA VALORAR LA LA DORSI FLEXION DEL PIE
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS APARTIR DEL DIA 25/12/2017

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 17.12.21-08:45:51 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 17.12.25 FIN: 18.01.23



5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO
** JUSTIFICACION **
10 SESIONES DE TERAPIA FISICA CON ESTIMULACION ELECTRIA PERCUTANEA
AGUA TIBIA
MANTIENE FISIOTERAPIAS 10 SESIONES CON ESTIMULACION ELECTRICA PERCUTANEA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA Y PARA VALORAR LA LA DORSI FLEXION DEL PIE

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
RX DE PIERNA IZQUIERDA FRACTURA DE TIBIA IZQUIERDA MANTIENE REDUCCION FALTA CALLO OSEO CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS + FRACTURA DE PERONE IZQUIERDO MANTIENE REDUCCION FALTA CALLO OSEO

**FECHA: 18.01.16-08:33:59 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
CONTROL DE OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE PERONE IZQUIERDO, ACABE LA ORDEN DE TERAPIAS FISICAS

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMAL
CUELLO :NORMAL
TORAX .NORMAL
ABDOMEN :NORMAL
MIEMBROS : PIERNA IZQUIERDA HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , SIN SIGNOS DE INFECION , BUENA MOVILIDAD DE RODILLA Y TOBILLO

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 4 DIAS
RX DE PIERNA IZQUIERDA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
APOYO TOTAL
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 4 DIAS CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 4 DIAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS APARTIR DEL DIA 24/01/2017

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.01.16-09:00:49 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 18.01.24 FIN: 18.02.22

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
APOYO TOTAL
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 4 DIAS CON RX
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 4 DIAS PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE LA FRACTURA

| DIAGNOSTICOS AL EGRESO | | TIPO | GRADO |
|---|---|---|---|
| CONFIRMADO: | S827 - FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA | ABIERTA | 3A |
| RELACIONADO 1: | S018 - HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA | | |
| RELACIONADO 2: | S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO | | |

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-82

*Registro Medico:*



3

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

| FECHA EXPEDICION AÑO | MES | DIA | DESDE LAS 24 HORAS | AÑO | MES | DIA | HASTA LAS 24 HORAS | AÑO | MES | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2017 | 09 | 14 | DEL | 2017 | 09 | 15 | DEL | 2018 | 09 | 14 |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: TAFUR CHAVARRO EIDER ANTONIO — 3208742117

| TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR | No. DE DOCUMENTO TOMADOR | CODIGO SUCURSAL EXPEDICION | CLASE PRODUCTO | CIUDAD EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| CC | 12121972 | 13 | 1363 | NEIVA |

DIRECCION DEL TOMADOR: CL 77 4 16 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4137578361 — AT 1324 — 1308004111901000

| CLASE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE VATIOS |
|---|---|---|
| MOTOCICLETA | PARTICULAR | 124 |

| MODELO | PLACA No. | MARCA | LINEA VEHICULO |
|---|---|---|---|
| 2015 | KRX34D | BAJAJ | DISCOVER |

No MOTOR: JEZWDJ00664 — No CHASIS o No SERIE: 9FLA37CZXFCE54229

| No VIN | PASAJEROS | CAPACIDAD TON | TARIFA |
|---|---|---|---|
| 9FLA37CZXFCE54229 | 2 | 0.00 | 121 |

| PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FOSYGA | TASA RUNT | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 272700 | $ 136350 | $ 1800 | $ 410850 |

AMPAROS POR VICTIMA

| | HASTA |
|---|---|
| A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES |
| B INCAPACIDAD PETIMANENTE | 180 |
| C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 |

13757836 1

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5

---

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10007758766

| PLACA | MARCA | LINEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| KRX34D | BAJAJ | DISCOVER 125 ST | 2015 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO | CAPACIDAD KG/PSJ |
|---|---|---|---|
| 124 | AZUL ANTARTICA | PARTICULAR | 2 |

| CLASE DE VEHICULO | TIPO CARROCERIA | COMBUSTIBLE |
|---|---|---|
| MOTOCICLETA | SIN CARROCERIA | GASOLINA |

NUMERO DE MOTOR: JEZWDJ00664 — REG N — VIN: 9FLA37CZXFCE54229

NUMERO DE SERIE: 9FLA37CZXFCE54229 — REG N — NUMERO DE CHASIS: 9FLA37CZXFCE54229 — REG N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): TAFUR CHAVARRO EIDER ANTONIO — IDENTIFICACIÓN C.C. 12121972

---

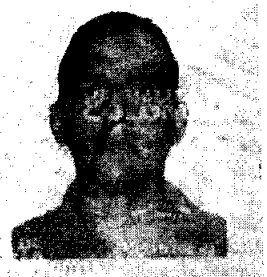
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.239.398

APELLIDOS: TAFUR GONZALEZ

NOMBRES: EIDER LEONARDO

FIRMA



**PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

PREVISORA

| FECHA EXPEDICION AÑO | MES | DIA | VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO | MES | DIA | HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO | MES | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2017 | 09 | 14 | 2017 | 09 | 15 | 2018 | 09 | 14 |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: TAFUR CHAVARRO EIDER ANTONIO — TELEFONO TOMADOR: 3208742117

| TIPO DOCUMENTO TOMADOR | NO. DOCUMENTO TOMADOR | CLAVE ESCUELA | CLAVE FASECOLDA | CIUDAD EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| CC | 12121972 | 13 | 1363 | NEIVA |

DIRECCION DEL TOMADOR: CL 77 4 16 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4137578361 — AT 1324 — 1308004111901000

| CLASE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE / TONS |
|---|---|---|
| MOTOCICLETA | PARTICULAR | 124 |

| MODELO | PLACA No. | MARCA | LINEA VEHICULO |
|---|---|---|---|
| 2015 | KRX34D | BAJAJ | DISCOVER |

| NO MOTOR | NO CHASIS O No SERIE |
|---|---|
| JEZWDJ00664 | 9FLA37CZXFCE54229 |

| NO VIN | PASAJEROS | CAPACIDAD TON | TARIFA |
|---|---|---|---|
| 9FLA37CZXFCE54229 | 2 | 0.00 | 121 |

| PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FOSYGA | TASA RUNT | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 272700 | $ 136350 | $ 1800 | $ 410850 |

AMPAROS QUE OTORGA — HASTA

| | | |
|---|---|---|
| A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MINIMOS LEGALES |
| B INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

13757836 1

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002.5

---

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 12

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902014000076085

M/E | FECHA IMPORT: 06/05/2014

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

**PRENDA - CREDITOS ORBE S.A.**

FECHA MATRÍCULA: 25/07/2014

FECHA EXP. LIC. TTO: 25/07/2014

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

**INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA**

LT01005032082

---

FECHA DE NACIMIENTO: 27-SEP-1989

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |
|---|---|---|
| 1.71 | A+ | M |

10-OCT-2007 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100 00000005 M-1075239398 20150124 0042436844A 1 6383231080

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA
(ptofos01)

ORDEN DE TRABAJO / SERVICIO
DETALLADO

Fecha: 20.01.04
Pág. 1

| CODIGO | DESCRIPCION ITEM | % | CODIGO | ANEXO2 | MED | CANT | VR.UNIT | VR.TOTAL | COPAGO/CM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ORDEN No. 180 - 1 - 41588 FECHA: 18.01.16 FACTURADO. 0 FECHA Y HORA INGRE. 18.01.16 / 08:33

ENTIDAD : 860002400 LA PREVISORA S.A. AUTORI. FECHA Y HORA EGRE. 18.01.16 / 09:00

PACIENTE: 1075239398 TAFUR GONZALEZ EIDER LEONARDO IMPRIME. FRANCY POLANIA SUAREZ

FECHA ACCESO: 18.01.16

CONSULTA EXTERNA

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18.01.16 | SO1.39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA | 890 | | FGR | 1 | 45,100 | 45,100 | 0 | FGR |

TOTAL ORDEN ... 45,100 0

TOTAL GENERAL ... 1 45,100

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
**CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436**

Yuneth

17 MAR 2020

**RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS**

FECHA: 05/03/2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-101 fechada el dia 20.01.09 cuyo paciente es TAFUR GONZALEZ EIDER LEONARDO

**HISTORIA No.** 1075239398

**GLOSA No:** ZGL-1-16820 **SINIESTRO:** 74899

**>> ITEM GLOSADO 1:** 1 - GLOSA GENERAL

**- ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
NUEVA GLOSA 45100.00

**JUSTIFICACION:**
999

**- ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:**
CONTESTADA 1 INSTANCIA 45100.00

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE PIDE UNA MEJOR AUDITORIA DE LA CUENTA 101 RADICADA EL 15/01/2020 YA QUE EN ELLA SE PUEDE EVIDENCIAR QUE AUN NO HAN TRASCURRIDO DOS (2) AÑOS COMO LO REFIEREN EN LA GLOSA LA FACTURA FUE REALIZADA EL 09/01/2020 Y EL SERVICIO SE PRESTO 16/01/2018 . POR TANTO LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA:** | 45,100.00 |
| **VR ITEMS EN FACTURA:** | 45100.00 |
| **VALOR GLOSADO :** | 45100.00 |
| **ACEPTADO IPS** | 0.00 |
| **VALOR REFUTADO:** | 45100.00 |
| **ACEPTADO EPS** | 0 |
| **CONCILIACION** | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MILENA AMPARO PEREZ
**QUIEN RESPONDE**

PREVISORA

# *LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT*

## *Previsora Seguros*

***No. Egreso***

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020365151 | **No.** | 840437 | **Siniestro** | 74899 | **No.** | FEC1101 |
| **Amparo** | 1 Gastos Medicos, | **Fecha siniestro** | 15/09/2017 | **Fecha aviso** | 12/10/2017 | **Fecha recepción** | 15/01/2020 |
| **Fecha formalización** | 15/01/2020 | **Fecha liquidación** | 27/01/2020 | **Vigencia desde** | 15/09/2017 | **hasta** | 15/09/2018 |
| **Póliza** | 4111901 | **Nro interno** | | | | | |
| **Id tomador** | 100918388 | **Nombre tomador** | EIDER ANTONIO TAFUR CHAVARRO | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | |
| **Id accidentado** | 1075239398 | **Nombre** | EIDER LEONARDO TAFUR GONZALEZ | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | |
| **Diagnósticos** | S801 | | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 77709 | GASTOS MEDICOS | SE OBJETA POR PRESCRIPCION | 100% | 45,100 | 45,100 | |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | 45,100 |
| **9023** | **Pago Neto** | 0 |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | 45,100 |

Liquidación: MARISOL.AREVALO

Aprobación:

Revisó:

Vo. Bo. CLAUDIA MORENO

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

RECIBIDO 06 FEB 2020

PREVISORA

SISA -

Bogotá, Enero 27 de 2020.

Señores:
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
**CALLE 18 N 6-65 BARRIO QUIRINAL**
**NEIVA - HUILA**

ASUNTO: FACTURA NRO: FEC1101
ACCIDENTADO: EIDER LEONARDO TAFUR GONZALEZ
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO:
RADICADO: N132020365151
OBJECIÓN

Respetado(a) Señor (a):

En atención a la solicitud de indemnización radicada en nuestra Compañía, por medio de la cual, se solicita afectar la póliza Soat AT-1324-4111901-13-3 por el amparo en referencia, en virtud del accidente ocurrido en Septiembre 15 de 2017 a el(la) señor(a) EIDER LEONARDO TAFUR GONZALEZ, una vez analizada la documentación aportada para el estudio de la petición indemnizatoria, frente al contrato de seguro y la legislación vigente que regula la materia, encontramos que los hechos que originan la solicitud ocurrieron el **15 de 09 de 2017**, los cuales desencadenaron la atención hospitalaria de el(la) señor(a) EIDER LEONARDO TAFUR GONZALEZ, cuya fecha de egreso de la entidad hospitalaria fue el día Enero 16 de 2018. Por lo cual se establece en forma clara y precisa que desde la fecha de egreso de la entidad hospitalaria del sr (a) EIDER LEONARDO TAFUR GONZALEZ, y la fecha de presentación de la solicitud de indemnización a la Compañía han transcurrido más de dos (2) años.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante precisar que la normatividad que rige el Contrato de Seguros es clara en su artículo 1081 del Código de Comercio, al establecer que: *"La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria...La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr **desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento** del hecho que da base a la acción.(...).".*

Igualmente cabe anotar que el decreto 056 del 14 de enero de 2015, norma especifica



RECIBIDO 06 FEB 2020

PREVISORA

para SOAT, establece en el Artículo 41 la fecha a partir de la cual se empiezan a contar los dos años para aplicar el término de prescripción, siendo para la cobertura de gastos médicos el siguiente: *"1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud..."*.

Por las razones expuestas, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS objeta y declina la petición indemnizatoria.

Atentamente.

**GLORIA LUCIA SUAREZ DUQUE**

Representante Legal
Revisó:
Enero 27 de 2020

FACTURA NRO: FEC1101
ACCIDENTADO: EIDER LEONARDO TAFUR GONZALEZ
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO:
RADICADO: N132020365151
OBJECIÓ
N

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.22 | 11:45:10 | 2020.03.07 |

**FACTURA DE VENTA No.** FEC1 - 402

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 ) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** AMBULATORIA
**NIT:** 860002400 LA PREVISORA S.A.
**DIRECCION:** CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC **TELEFONO:** 8711773 **ORDEN SS** 70464,70622,70654,70995,73728
**CONTRATO/PLAN** 001 01 SOAT **REGIMEN** OTRO REGIMEN **AUTORIZACION** **FEC-HOR INGRES/FEC-HORA EGRESO** 2019.03.22 - 10:07 2019.05.14 - 08:45

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
**DOCUMENTO:** CC - 7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL **EDAD :** 42 Anos
**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 ULLOA **TELEFONO:** 3123751749
**OBSERVACIONES:** ADM: 70464,70622,70654,70995,73728

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** | | | | | | | | | | | |
| | 1i Interv 100% | | | | | | | | | | |
| 13739 | REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87 | 26-Mar-2019 | 39010 | 1 | 12 | 100.0% | CIRUJANO | FGR | 1 | 541,900 | 541,900 |
| 39110 | SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO | 26-Mar-2019 | 39110 | 1 | 12 | 100.0% | ANESTESIO | JHT | 1 | 315,800 | 315,800 |
| 39123 | GRUPO 12 | 26-Mar-2019 | 39123 | 1 | | 100.0% | AYUDANTE | CLF | 1 | 148,000 | 148,000 |
| 39214 | GRUPO 12 | 26-Mar-2019 | 39214 | 1 | | 100.0% | DER.SALA | CLF | 1 | 868,700 | 868,700 |
| 39304 | GRUPOS 10 11 12 13 | 26-Mar-2019 | 39304 | 1 | | 100.0% | MATERIALE | CLF | 1 | 433,900 | 433,900 |
| 15140 | COLGAJO DE PIEL REGIONAL | 22-Mar-2019 | 39005 | 1 | 07 | 100.0% | CIRUJANO | RGM | 1 | 248,400 | 248,400 |
| 39105 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 22-Mar-2019 | 39105 | 1 | | 100.0% | ANESTESIO | JHT | 1 | 146,300 | 146,300 |
| 39118 | GRUPO 07 | 22-Mar-2019 | 39118 | 1 | | 100.0% | AYUDANTE | CLF | 1 | 65,400 | 65,400 |
| 39209 | GRUPO 07 | 22-Mar-2019 | 39209 | 1 | | 100.0% | DER.SALA | CLF | 1 | 466,000 | 466,000 |
| 39303 | GRUPOS 07 08 09 | 22-Mar-2019 | 39303 | 1 | | 100.0% | MATERIALE | CLF | 1 | 273,800 | 273,800 |
| | 2i+ Bilateral | | | | | | | | | | |
| 13760 | REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIO CLAVICULAR | 26-Mar-2019 | 39008 | 2 | 10 | 75.00% | CIRUJANO | FGR | 1 | 325,200 | 325,200 |
| 39108 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 26-Mar-2019 | 39108 | 2 | | 75.00% | ANESTESIO | JHT | 1 | 186,700 | 186,700 |
| 39121 | GRUPO 10 | 26-Mar-2019 | 39121 | 2 | | 75.00% | AYUDANTE | CLF | 1 | 88,600 | 88,600 |
| 39212 | GRUPO 10 | 26-Mar-2019 | 39212 | 2 | | 50.00% | DER.SALA | CLF | 1 | 387,600 | 387,600 |
| 39304 | GRUPOS 10 11 12 13 | 26-Mar-2019 | 39304 | 2 | | 75.00% | MATERIALE | CLF | 1 | 325,400 | 325,400 |
| **ESTANCIAS** | | | | | | | | | | | |
| 38122 | HABITACION BIPERSONAL | | 38122 | | | | | | 1 | 231,900 | 231,900 |
| **MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI** | | | | | | | | | | | |
| | PLACA CLAVICULA GANCHO X 5 H | | | | | | | | 1 | 2,892,900 | 2,892,900 |
| | TORNILLO CORTICAL AUTO.TITANIO 3.5 X 16 MM | | | | | | | | 3 | 288,535 | 865,605 |
| **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | | | | | |
| 028203 | ELECTRODOS MONITOREO 3M. | | | | | | | | 6 | 1,000 | 6,000 |
| | HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO | | | | | | | | 1 | 9,500 | 9,500 |
| 010201 | VENOCAT CATETER # 18 | | | | | | | | 1 | 4,800 | 4,800 |
| | PROLENE (DEMELENE) 2-0 DEMETECH | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| | PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 015307 | VICRYL(DEMECRYL) SUTURA # 4/0 ARPA MEDICAL | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 020109 | VICRYL SUTURA # 1 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 14 | 0 | 0 |
| 452302 | EQUIPO MACROGOTEO | | | | | | | | 2 | 2,800 | 5,600 |
| 010101 | GUANTES EXAMEN TALLA- M-PRECISION CARE | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |

Grupo MOK - Previsora
30 ENE 2020
POR CONCEPTOS INCLUIDOS EN PAQUETE PARA ESTUDIO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 2b08308c791cf3083873681636 5edb6a6336324be511049abc80b554:a18c6a62b17ce7f7b52c41d9ea17af0f5c9c3d7

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.22 | 11:45:10 | 2020.03.07 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 402

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 010102 | GUANTE ESTERIL 8 .0 | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| | JERINGA 20 ML 21G X 1/2 | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| | VENDA ALGODON 5X5 | | | | | | | | 2 | 4,100 | 8,200 |
| 010201 | VENDA ELASTICA DE 5X5 | | | | | | | | 2 | 4,800 | 9,600 |
| 010101 | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 908606 | GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 4 | 500 | 2,000 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 015501 | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | | | | | | | | 8 | 0 | 0 |
| 015501 | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | | | | | | | | 4 | 500 | 2,000 |
| | TUBO ENDOTRAQUEAL 7 KRAMER | | | | | | | | 1 | 14,700 | 14,700 |
| | COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 010101 | LAPIZ PARA ELECTROBISTURI | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| | COMPRESAS ESTÉRILES (PAQUETE X 5 U.I.) | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| | SONDA NELATON 16 | | | | | | | | 1 | 4,700 | 4,700 |
| **MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| 19942561 | LACTATO RINGER X 500ML | | | | | | | | 6 | 0 | 0 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 9 | 0 | 0 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 4 | 4,819 | 19,276 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 610 | 0 | 0 |
| 20072004 | PROPOFOL 1% 10 MG/20ML | | | | | | | | 15 | 0 | 0 |
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 9 | 3,500 | 31,500 |
| 20067651 | DICLOFENACO 75MG /3ML | | | | | | | | 3 | 2,500 | 7,500 |
| 19903409 | FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML FENTANILO | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 23876-02 | GENTAMICINA X 80MG/2ML VITALIS | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 23876-02 | GENTAMICINA X 80MG/2ML VITALIS | | | | | | | | 3 | 3,700 | 11,100 |
| 53285-01 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| 53285-01 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 1 | 3,387 | 3,387 |
| 19978256 | MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C. | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 610 | 0 | 0 |
| 19960774 | BUPIROP 0.5% COMPUESTO AMP | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 31540-02 | ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML | | | | | | | | 35 | 0 | 0 |
| 52033-03 | BUPIROP SIMPLE 0,5% AMP | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 19953260 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARMALOGICA | | | | | | | | 4 | 11,300 | 45,200 |
| 20006845 | DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| | OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA | | | | | | | | 55 | 0 | 0 |
| | SEVORANE 250 ML | | | | | | | | 40 | 0 | 0 |
| **IMAGENES DX** | | | | | | | | | | | |
| 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO | 2019.05.14 | 873206 | | FGR | | | | 1 | 46,700 | 46,700 |
| 21102 | BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO | 2019.03.26 | 873121 | | FGR | | | | 1 | 60,500 | 60,500 |
| **OTROS** | | | | | | | | | | | |

GRUPO MOK Grupo MOK - Previsora
30 ENE 2020
DOCUMENTOS RECIBIDOS UNICAMENTE PARA ESTUDIO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 2b08308c791cf30838736816365edb6a6386324be511049abcd0b5541a18c6a62b17ce7f7b52c41d9ea17af0f5c9c3d7

AT 54

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436
SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.01.22 | 11:45.10 | 2020.03.07 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 402

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MASCAR | MASCARA OXIGENO PEDIATRICA 2011DM-0008319 | 2019.03.26 | MASCARA OX | | ECF | | | | 1 | 7,500 | 7,500 |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2019.03.22 | 890202 | | RGM | | | | 1 | 40,900 | 40,900 |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2019.03.26 | 890202 | | FGR | | | | 1 | 40,900 | 40,900 |
| 39139 | CONSULTA PREANESTESICA | 2019.03.22 | 890202 | | JHT | | | | 1 | 40,900 | 40,900 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.05.14 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2019.04.01 | S22101 | | DJP | | | | 1 | 19,600 | 19,600 |

| VALOR BRUTO: | 9,301,968 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 9,301,968 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: NUEVE MILLONES TRESCIENTOS UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE.**********

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

GRUPO MOK Grupo MOK - Previsora
30 ENE 2020
DOCUMENTOS RECIBIDOS ÚNICAMENTE PARA ESTUDIO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***
***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 2b08308c791cf3083873631636 5edb6a6386324be511049abc80b554 1a18c6a62b17ce7f7b52c41d9ea17af0f5c9c3d7

46
53

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800.110.181-9

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO $9.301.968

Cristian Muñoz

CARTERA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario ELIANA KERGUELEN AVILEZ

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

No.Radicado RG

No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: 402

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| LOZANO | LIZCANO |
| **1er.Nombre** | **2do.Nombre** |
| CRISTOBAL | |

Tipo de Documento: CC [X] CE PA TI RC AS MS — No. Documento: 7704705

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 01/04/1977 Sexo: F [ ] M [X]

Direcci¾n: CRA 3 NO 8 A 127

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3123751749

Municipio: RIVERA Cod. 615

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Naturales: | Sismo | [ ] | Maremoto | [ ] | Erup. Volcanicas | [ ] | Huracßn [ ] |
| | Inundaciones | [ ] | Avalancha | [ ] | Desliz. de Tierra | [ ] | Incendio Natural [ ] |
| Terroristas: | Explosi¾n | [ ] | Masacre | [ ] | Mina Antipersonal | [ ] | Combate [ ] |
| | Incendio | [ ] | Ataques a Municipios | [ ] | Desplazados | [ ] | |

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: KM 2 + 500 MTRS VIA CAGUAN ULLOA

Fecha Evento/Accidente: 22/03/2019 Hora: 09:26

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Zona: U [ ] R [X]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE CONDUCTOR DE LA MOTO D EPLACAS XJR39C CUANDO SE LE RONCEA PIERDE EL CONTORL Y CAE, SUFRIENDO LESIONES

## IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: BAJAJ Placa: XJR39C

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1324 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 1308004195914000 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 17/12/2018 Hasta: 16/12/2019

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| LOZANO | LIZCANO |
| **1er.Nombre** | **2do.Nombre** |
| CRISTOBAL | |

Documento de identidad: CC [X] CE PA NIT TI RC — No. Documento 7704705

Direccion: CRA 3 NO 8 A 127 LA ULLOA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: 3123751749

Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA

Resolucion [illegible] MAY 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

### VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | |
|---|---|
| LOZANO | LIZCANO |
| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
| CRISTOBAL | |
| 1er.Nombre | 2do.Nombre |

**Tipo de Documento:** [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS **No. Documento** 7704705

**Direcci¾n:** CRA 3 NO 8 A 127 LA ULLOA

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **Telúfono:** 3123751749

**Municipio:** RIVERA **Cod.** 615

### VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** / / a las

**Prestador que remite:** **C¾digo de inscripci¾n:**

**Direccion:** **Telefono:**

**Profesional que Remite:** **Cargo:**

**Fecha de Aceptaci¾n:** / / a las

**Prestador que recibe:** **C¾digo de inscripci¾n:**

**Direccion:** **Telefono:**

**Profesional que recibe:** **Cargo:**

### VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** [U] [R]

### IX. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 22/03/2019 **a las** 10:07 **Fecha de Egreso:** 14/05/2019 **a las** 08:45

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**

**Diagnostico definitivo de Ingreso**

S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DE

**Diagnostico relacionado de Ingreso**

S499 TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y

**Diagnostico presuntivo de Egreso**

**Diagnostico definitivo de Egreso**

S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DE

**Diagnostico relacionado de Egreso**

S499 TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y

| | |
|---|---|
| LEDESMA | |
| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
| YEISON | GOMEZ |
| 1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante | 2do.Nombre del MUdico o Profesional tratante |

**Tipo Documento** [X] CC [ ] CE [ ] PA **No. Documento** 1124849456

**N·mero de Registro de MÚdico** 7128

### X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 9301968 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

### XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL GERENTE O SU DELEGADO

59

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**7704705 - 26360**

FECHA EMISION: 20.01.23
HORA: 16:45:51

**PACIENTE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DOC.IDENT: | CC 7704705 | SEXO: | MASCULINO | DIRECCION: | CRA 3 NO 8 A 127 | | |
| FCHA.NACTO: | 77.04.01 | EDAD: | 42 A | CIUDAD: | ULLOA | TEL: | 3123751749 |
| EST.CIVIL: | UNION.LIBRE | RH: | O+ | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SERVICIO DE INGRESO: | 3-URGENCIAS | FECHA DE INGRESO: | 19.03.22 | HORA DE INGRESO: | 10:07 |
| SERVICIO DE EGRESO: | 3-URGENCIAS | FECHA DE EGRESO: | 19.03.22 | HORA DE EGRESO: | 15:50 |

ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S018 - HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
CONFIRMADO: S008 - TRAUMA EN CARA

**FECHA: 19.03.22-10:21:01 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 128 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO D EPLACAS XJR39C CUANDO SE LE RONCEA PIERDE EL CONTORL Y CAE

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULACIA DE SALUDLASER, PERSONAL DE AMBULACIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO COMO CONDUCTOR AL PERDER EL CONTROL OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA ALTERACION DE CONCIENCIA. PACIENTE REFIERE DOLOR EN CARA Y HOMBRO DERECHO.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 128/86 FC: 82 FR: 19 SATO2: 97 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
NORMOCEFALO, TUMEFACCION DOLOROSA EN POMULO DERECHO CON HERIDA APROX DE 3CM, MACERADA IRREGULAR CON PERDIDA DE TEJIDO, SUCIA. MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS.
<<CUELLO>>
SIMETRICO, SIN DOLOR.
<<TORAX>>
RSCSRS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR NORMAL.
<<ABDOMEN>>
BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS.
<<GENITOURINARIO>>
NORMAL
<<PELVIS>>
ESTABLE, SIN DOLOR A LA PALPACION.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
DORSO SIN ALTERACIONES. HOMBRO DERECHO CON DOLOR A LA ABDUCCION Y ROTACION. PULSOS NORMALES.
<<NEUROLOGICO>>
GLASGOW 15/15, PINRL. NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.



50

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

<<PIEL>>
YA DESCRITO
<<FANERAS>>
NORMAL

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 75MG IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARMACOLOGICA CANT: 4 1G IV CADA 6 HORAS
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 IM DOSIS UNICA
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 3 50CC IV HORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 7 DILUIR MEDICAMENTOS

OBSERVACION
NADA VIO ORAL
LLEVAR A TOMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS
REAVLROAR
VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA
VALORACION POR ORTOPEDIA
CURACION DE HERIDAS Y ABRASIONES.
PREVENIR CAIDAS
CAMILLA CON BARANDAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON POLITRAUMATISMO, AHORA CON DOLOR EN HEMICARA DERECHA Y HOMBRO DERECHO, QUE SUGIERE COMPROMISO OSEO Y ARTICULAR, POR LO CUAL SE SOLICITAN IMAGENES DIAGNOSTICAS PARA DEFINIR CONDUCTA.

**FECHA: 19.03.22-11:03:06 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. HYB - HEIDY YOHANNA BONILLA ROJAS - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 10:11 / 10:14 DURACION: 00:03

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: HEIDY YOHANNA BONILLA ROJAS

49

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA SE PASA PACIENTE A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA CURACION DE ABRASION SUPERFICIAL EN LA PIERNA + HERIDA EN CARA , LAS CUALES SE OBSERVAN SUCIAS LAVANDO CON SOLUCION SALINA 500CC+ ISODINE ESPUMA 10CC +ISODINE SOLUCION 10CC+ SE DEJAN ABRASIONES DESCUBIERTAS CON TOQUES DE MERCURIO CROMO . TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

**ECHA: 19.03.22-12:04:09 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 128 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

REPORTE DE IMAGENES DIAGNOSTICAS
TAC DE CARA SIN FRACTURAS
RX HOMBRO DERECHO SIN FRACTURAS

**ECHA: 19.03.22-12:36:15 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 55 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

** ORDENES Qx:

PROGRAMAR REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA
MATERIAL PLACA GANCHO 3 H
DURACION 1 HORA
HOSPITALIZADO
DIA MAQRTES 26-03-2019

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO DERECHO,
AL EXAMEN FISICO: EDEMA, DOLORY DEFORMIDAD EN ACROMIOCLAVICULAR DERECHA , NEUROVASCULAR NORMAL.
RX LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA
DX: LUXACION ACROMIOCLAVICUILAR DERECHA
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

**ECHA: 19.03.22-13:16:55 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - IEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

****** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ******

** ORDENES MEDICAS:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

VENIR EL DIA MARTES 26/03/2019 PARA CIRUGIA A LAS 11:00 AM, 2 PISO, HOSPITALIZAR
ESE DIA NO DEBE COMER NI TOMAR NADA DESPUES DE LAS 7:00 AM

**FECHA: 19.03.22-13:29:43 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.03.22-13:28:55 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2019.03.22 FIN: 2019.04.20

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

POR ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA

**FECHA: 19.03.22-14:00 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 145/00 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: RACHID GORRON MALOOF MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA
INSTRUMENTADOR(A): SYNDI CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 14:00 / 14:30 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

COLGAJO DE PIEL REGIONAL VIA: 1 MEDICO: RACHID GORRON MALOOF

No. DESCRIPCION: 5625
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEO TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

BAJO ANESTESIA LOCAL BLOQUEO ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES PROCEDEMOS
LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE HERIDA EN REGION MALAR CON SUERO MAS ISODINE RETIRO DE DETRITUS.
HEMOSTASIA PROLIJA
CONFECCION ROTACION AVANCE DE COLGAJO DE APROX 3 CM PARA COBERTURA DEL DEFECTO, POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL 4 Y PROLENE 5.0
CURACION CON GASA FURACIN MICROPORE.

47

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**ECHA: 19.03.22-14:35:09 // AREA: VALORACION X ESPECIALISTA (INT // (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. IEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE HERIDA EN MALAR DERECHA DE APROX 3 CM, IRREGULAR CON PERDIDA DE TEJIDO, PROFUNDA HASTA PERIOSTIO, HORIZONTAL, POR CAIDA DE MOTO.
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA
CD: A CIRUGIA

**ECHA: 19.03.22-14:36:20 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 145/00 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

**** DESCRIPCION DEL ESPECIALISTA ****
PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE HERIDA EN MALAR DERECHA DE APROX 3 CM, IRREGULAR CON PERDIDA DE TEJIDO, PROFUNDA HASTA PERIOSTIO, HORIZONTAL, POR CAIDA DE MOTO.
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA
CD: A CIRUGIA

**** DIAGNOSTICOS ****
S008-TRAUMA EN CARA
S499-TRAUMA HOMBRO DERECHO
S019-HERIDA EN CARA
T141-ABRASIONES

**ECHA: 19.03.22-14:38:48 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 145/00 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE CAIDA DE MOTO Y HERIDA EN CARA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

HERIDA MALAR DERECHO
HERIDA DE APROX 3 CM IRREGULAR PROFUNDA EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, CON PERDIDA DE TEJIDO, SUCIA REGION MALAR DERECHA SENTIDO HORIZONTAL

**ECHA: 19.03.22-14:39:35 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - IRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE CAIDA DE MOTO Y HERIDA EN CARA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

HERIDA MALAR DERECHO
HERIDA DE APROX 3 CM IRREGULAR PROFUNDA EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, CON PERDIDA DE TEJIDO, SUCIA REGION MALAR DERECHA SENTIDO HORIZONTAL

46

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**ECHA: 19.03.22-14:46:58 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - IRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Especialista SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.03.22-14:46:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** MEDICAMENTOS:

CEFALEXINA 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS
ACETAMINOFEN 500 MG .....# 28 COMP
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

NO ASOLEARSE
CURACION INTERDIARIA CON TECNICA ESTERIL MAS COBERTURA CON GASA FURACINADA POR 1 SEMANA DESPUES MANTENER LIMPIO Y CUBIERTO
RETIRO DE PUNTOS EN 9 DIAS SI ESTA EN CONDICIONES

CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

BUENA EVOLUCION SE DA DE ALTA CON ORIENTACIONES CONTROL FORMULA

**ECHA: 19.03.22-15:34:14 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 1771/90 - ANESTESIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML CANT: 2 4 GRAMOS ENDOVENOSOS DILUIDOS DOSIS UNICA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 2 80 MG ENDOVENOSOS DOSIS UNICA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA SUTURA DE HERIDA EN CARA. SE ORDENA ANALGESIA POP

45

**DIAGNOSTICOS AL EGRESO** **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S018 - HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

***Registro Medico:***

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**7704705 - 26446**

FECHA EMISION: 19.12.03
HORA: 16:09:10

**'ACIENTE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OC.IDENT: | CC 7704705 | SEXO: | MASCULINO | DIRECCION: | CRA 3 NO 8 A 127 | | |
| CHA.NACTO: | 77.04.01 | EDAD: | 42 A | CIUDAD: | ULLOA | TEL: | 3123751749 |
| ST.CIVIL: | UNION.LIBRE | RH: | O+ | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ERVICIO DE INGRESO: | 3-URGENCIAS | FECHA DE INGRESO: | 19.03.26 | HORA DE INGRESO: | 10:18 |
| ERVICIO DE EGRESO: | 2-HOSPITALIZACION | FECHA DE EGRESO: | 19.05.14 | HORA DE EGRESO: | 08:45 |

NTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**)IAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S431 - LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR
CONFIRMADO: S431 - LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

**ECHA: 19.03.26-11:51:40 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). PAO - PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA - C.C. 1118806779 - REG. IEDICO: 1118806779 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
PACIENTE PROCEDENTED E SALAS DE CIRUGIA A QUIEN SE LE REALIZO REDUCCION ABIERTA FIJACION INTERNA LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA Y REPARACION LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES

***** ESTADO GENERAL AL INGRESO *****
ALERTA.

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE VELOCIPEDO AL PERDER EL CONTROL DE LA MISMA CON POSTERIOR CAIDA y POLITRAUMATISMO, MOTIVO POR EL CUAL ES TRASLADADA A NUESTRA INSTITUCION EN DONDE SE REALIZAN ESTUDIOS IMAGENOLOGICOSRX LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA, VALORADO POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA QUIEN PROGRAMA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, EL CUAL SE REALIZA EL DIA DE HOY.

***** ANTECEDENTES, INTERVENCIONES Y ALERGIAS *****
--><<2019.03.22-10:21:01>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL) H.U. 70448
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NIEGA * FUR: N/A

--><<19.03.22-14:38:48>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) H.PREQX: 70464
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--><<2019.03.22-15:31:42>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 70464

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

43

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2019.03.26-14:52:22>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 70654
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 22 DE MARZO DEL 2019
REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA EL DIA 26 DE MARZO DEL 2019

--><<19.03.26-17:54:29>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 70654

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: SUTURA DE HERIDA EN CARA

ANESTESICOS: BLOQUEO ANESTESICO

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

TA: 121/81 FC: 70 FR: 18 TEMP: 36.20 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
Cabeza Herida sutura en region temporal derecha en eadecuado proeceso de cicatrizacion, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes. <<CUELLO>>
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.
<<TORAX>>
A NIVEL DE HOMBRO DERECHO , HERIDAD QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITS LIMPIOS, CON LIMITACION A LOS ARCOS DE MOVIMIENTO, RESTO DE ESTREMIDADES CON ADECUADA PERFUSION DISTAL, NEUROVASCULAR NORMAL.
<<ABDOMEN>>
Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)
<<GENITOURINARIO>>
No verificado
<<PELVIS>>
Estable, no dolorosa a la palpacion.

42

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades. <<NEUROLOGICO>>
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)
<<PIEL>>
De aspecto normal.
<<FANERAS>>
De aspecto normal.

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE QUIEN INGRESA PARA CIRUGIA PROGRAMADA DE REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA, EN ESTE CONTEXTO SE DECIDE DEJAR EN HOSPITALIZACION, SE INICIA CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO y MANEJO ANALGESICO PREVIO AL PROCEDIMIENTO.
- DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 1 INTRAVENOSO 75 MG DOSIS UNICA
- CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARMACOLOGICA CANT: 1 INTRAVENOSO 2 GR DOSIS UNICA
- CLORURO DE SODIO 9%X500ML FRESENIUS CANT: 2 INTRAVENOSO 500 CC EN BOLO y LUEGO A 50 CC/HORA
- CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FRESENIUS CANT: 3 DILUIR MEDICAMENTOS.
- NADA VIA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CONTINUAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- PREVENIR CAIDAS.
- LLAMADO A CIRUGIA DE SALAS
- SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS.
- VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACION CLINICA.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS EN SUS PARAMETROS NORMALES.

**ECHA: 19.03.26-14:52:21 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. EDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
VIENE PARA REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO DERECHO EDEMA TOLERABLE , DOLORY DEFORMIDAD EN ACROMIOCLAVICULAR DERECHA , NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

41

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ECHA: 19.03.26-14:53:31 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - )RTOPEDIA)

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

VIENE PARA REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO DERECHO EDEMA TOLERABLE , DOLORY DEFORMIDAD EN ACROMIOCLAVICULAR DERECHA , NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

ECHA: 19.03.26-17:56:19 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 1771/90 - ANESTESIA)

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML CANT: 2 4 GRAMOS ENDOVENOSOS DILUIDOS DOSIS UNICA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 2 80 MG ENDOVENOSOS DOSIS UNICA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA. SE ORDENA ANALGESIA POP

ECHA: 19.03.26-18:45 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 55 - ORTOPEDIA)

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: CAMILO ARCE CORREA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES ROJAS

HORA INICIAL/FINAL: 18:45 / 19:25 DURACION: 00:40

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIO CLAVICULAR VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA
REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87 VIA: 1 MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA

40

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

No. DESCRIPCION: 5640
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCICION: ANTERIOR DE HOMBRO DERECHO
HALLAZGOS : LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES CONOIDE Y TRAPEZOIDE.

DESCRIPCION QUIRURGICA :
BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO , PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION CON PACIENTE EN DECUBITO DORSAL DERECHO , PREVIA APLICACION DE CAMPOS ESTERILESSE PRACTICO POR VIA ANTERIOR EN HOMBRO DERECHO REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION ACROMIO CLAVICULAR DERECHA + FIJACION DE LA MISMA CON UNA PLACA GANCHO DE 5H + 3 TORNILLOS DE CORTICAL , CASA COMERCIAL TRAUMASUR ,, LUEGO SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACO CLAVICULARES ,,CONOIDE Y TRAPEZOIDE QUE SE ENCONTRARON ROTOS. ,, SE LAVO EXAHUSTIVAMENTE CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE REALIZA CIERRE DE LA HERIDA POR PLANOS CON VICRIL EN PLANOS PROFUNDOS Y PROLENE EN PIEL. . SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO .
NO COMPLICACIONES .

**ECHA: 19.03.26-19:27:37 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - RTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

RADIOGRAFIA POST OPERATORIO INMEDIATO DE HOMBRO DERECHO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
HOSPITALIZAR CON TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO + AVISAR CAMBIOS .

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Hospitalización SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2019.03.26-20:00:27 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

ORDENES MEDICAS POST OPERATORIAS
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL

39

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

LACTATO DE RINGER 1000 CC EN 24 HORAS IV
CEFRADINA POR 1 GR IV CADA 6 HORAS
GENTAMICINA X 240 MG IV DIA
TRAMADOL POR 50 MG IV CADA 8 HORAS
DICLOFENACO 75 MG IV CADA 8 HORAS
CONTROL DE SIGNOS VITALES
VIGILAR EDEMA Y SANGRADOS
AVISAR CAMBIOS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
POST OPERATORIO INMEDIATO , PACIENTE ESTABLE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES , SE ORDENA HOSPITALIZAR CON TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO + AVISAR CAMBIOS .

**ECHA: 19.03.26-19:48:46 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - RTOPEDIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

RADIOGRAFIA POST OPERATORIO INMEDIATO DE HOMBRO DERECHO LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

**ECHA: 19.03.26-21:29:53 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). CAA - CAMILO ARCE CORREA - C.C. 1075221493 - REG. MEDICO: )75221493 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE EN ADECUADA EVOLUCION POP, TOLERANDO VIA ORAL. CONTINUA VIGILANCIA POP SEGUN ORDENES ORTOPEDIA.
DIETA NORMAL
CABECERA A 30 GRADOS
BARANDAS ARRIBA EN CAMA
VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
CURACIÓN DE ABRASIONES Y HERIDAS CON ISODINE SEGUN ORDEN DE ORTOPEDIA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50 MG ENDOVENOSOS CADA 8 HRS
CLORURO DE SODIO 9%X500ML FRESENIUS CANT: 2 50 CC ENDOVENOSOS HORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FRESENIUS CANT: 11 PARA DILUIR MEDICAMENTO
GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONI CANT: 3 240 MG DE GENTAMICINA CADA 24 HRS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARMACOLOGICA CANT: 4 1 GR IV CADA 6 HORAS
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 INTRAVENOSO 75 MG ENDOVENOSOS CADA 8 HRS

38

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
INGRESO A PISO.

PACIENTE DE 42 AÑOS CON DX.

1. POP INMEDIATO REDUCCION ABIERTA FIJACION INTERNA LUXACION ACROMIO CLAVICULAR DERECHA MAS REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES DERECHOS.

S: PACIENTE REFIERE ADECUADAO MANEJO DE DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL.

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES TA 110/75 MMHG; FC 75 LPM; FR 18 RPM; SAO2 99% T 36.7 °C.

PACIENTE SIN SANGRADO ACTIVO, MODULANDO RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

**ECHA: 19.03.27-06:21:43 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). CAA - CAMILO ARCE CORREA - C.C. 1075221493 - REG. MEDICO: )75221493 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, MODULANDO RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, TOLERANDO VIA ORAL, CONTINUA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO SEGUN ORDENES ORTOPEDIA-
DIETA NORMAL
CABECERA A 30 GRADOS
BARANDAS ARRIBA EN CAMA
VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLÍNICA
REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS
CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50 MG ENDOVENOSOS CADA 8 HRS
CLORURO DE SODIO 9%X500ML FRESENIUS CANT: 2 50 CC ENDOVENOSOS HORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FRESENIUS CANT: 11 PARA DILUIR MEDICAMENTO
GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMIONI CANT: 3 240 MG DE GENTAMICINA CADA 24 HRS
CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARMACOLOGICA CANT: 4 1 GR IV CADA 6 HORAS
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 3 INTRAVENOSO 75 MG ENDOVENOSOS CADA 8 HRS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, NDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
DIARIA

PACIENTE DE 42 AÑOS CON DX.

37

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

1. POP REDUCCION ABIERTA FIJACION INTERNA LUXACION ACROMIO CLAVICULAR DERECHA MAS REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES DERECHOS.(26/03/2019)

S: PACIENTE REFIERE ADECUADO MANEJO DE DOLOR, TOLERANDO VIA CRAL.

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES TA 110/75 MMHG; FC 75 LPM; FR 18 RPM; SAO2 99% T 36.7 °C.
C/C: NORMOCEFALO CON ESCLERAS ANICTERICAS, SIN LESIONES. CUELLO MOVIL SIMETRICO, SIN MASAS, NI ADENMEGALIAS. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS.
ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MIEMBROSUPERIOR DERECHO REGION CLAVICULA MICROPORE Y GASAS, SIN MAL OLOR, SIN SANGRADO, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL
NEU: ALERTA, SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

**ECHA: 19.03.27-08:13:06 // AREA: HISTORIA DE HOSPITALIZACION // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. EDICO: 244 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

ALTA
SE REVISAN RX DE CONTROL POP FRACTURA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

** MEDICAMENTOS:

IBUPROFENOS X 400MG TABLETAS=20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 500 MG TABLETAS =40 TOMAR 2 TABLETA CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 12 DIAS DOC GARCIA
NO MOJAR VENDAJES NI QUITAR USO DE CABESTRILLO
VENIR POR URGENCIAS EN CASO DE COMPLICACION
,, LLAMAR A SOLICITAR LA CITA DE CONTROL CON ANTICIPACION ,,

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE HOSPIT.

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.03.27-08:22:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, NDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE DE 42 AÑOS CON DX.

1. POP REDUCCION ABIERTA FIJACION INTERNA LUXACION ACROMIO CLAVICULAR DERECHA MAS REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES DERECHOS.(26/03/2019)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

S: PACIENTE REFIERE ADECUADO MANEJO DE DOLOR, TOLERANDO VIA ORAL.

OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES TA 110/75 MMHG; FC 75 LPM; FR 18 RPM; SAO2 99% T 36.7 °C.
C/C: NORMOCEFALO CON ESCLERAS ANICTERICAS, SIN LESIONES. CUELLO MOVIL SIMETRICO, SIN MASAS, NI ADENMEGALIAS. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS.
ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MIEMBROSUPERIOR DERECHO REGION CLAVICULA MICROPORE Y GASAS, SIN MAL OLOR, SIN SANGRADO, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL
NEU: ALERTA, SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

**ECHA: 19.04.01-10:04:16 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. DJP - DANY JULISSA PASTRANA CHALA - C.C. 0 - REG.**
**EDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 09:47 / 09:59 DURACION: 00:11

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DANY JULISSA PASTRANA CHALA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

09:47/H USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 42 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS CARA EN PONULO DERECHO , SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 3 CM, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, SIN DOLOR A LA MANIPULACION , SIN SIGNOS DE DEHICENCIA NO SALIDA DE SECRECION, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION, QUEDANDO DESCUBIERTA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION
09:51/H EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

**ECHA: 19.04.08-10:37:56 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG.**
**EDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
VIENE A CONTROL POST OPERATORIO INMEDIATO DE
REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO DERECHO HERIDAS QX EN BUEN ESTADO , SIN SIGNOS DE INFECION , LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE

35

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HOMBRO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 1 MES
RX DE CLAVICULA DERECHA

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR LA REDUCCION D ELA REDUCCION Y LA POSICION DE MATERIAL DE SINTESIS
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.04.08-10:50:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 19.04.21 FIN: 19.05.20

RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR LA REDUCCION D ELA REDUCCION Y LA POSICION DE MATERIAL DE SINTESIS
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
RETIRAR PUNTOS AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 1 MES CON RX PARA VALORAR LA REDUCCION D ELA REDUCCION Y LA POSICION DE MATERIAL DE SINTESIS
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 1 MES

**ECHA: 19.04.08-13:24:17 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. DJP - DANY JULISSA PASTRANA CHALA - C.C. 0 - REG. EDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 10 - SALA DE CURACIONES

34

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HORA INICIAL/FINAL: 11:24 / 11:36 DURACION: 00:11

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: DANY JULISSA PASTRANA CHALA

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

11:25/H USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 42 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN HOMBRO IZQUIERDO , SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 10 CM, FORMA REGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, SIN SIGNOS DE INFECCION, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION, QUEDANDO DESCUBIERTA CON TOQUS DE ISODINE SOLUCION
11:36/H EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

**ECHA: 19.05.14-08:32:26 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. EDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

**'*** MOTIVO DE LA ATENCION ***'**
VIENE A CONTROL DE REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA . TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA

**'*** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA ***'**
BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO DERECHO HERIDAS QX EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE INFECION , LIMITACION SEVERA DE LA MOVILIDAD DE HOMBRO
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**'*** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***'**
PLAN
20 SESIONES DE TERAPIA FISICA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD DEL HOMBRO

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.05.14-08:45:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

33

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

** TERAPIAS:
REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA
** JUSTIFICACION **
20 SESIONES DE TERAPIA FISICA

20 SESIONES DE TERAPIA FISICA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD DEL HOMBRO

**>> DE LA EVOLUCION**
**'** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, NDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
20 SESIONES DE TERAPIA FISICA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA AL TERMINAR TERAPIA FISICA PARA VALORAR LA MOVILIDAD DEL HOMBRO

RX DE CLAVICULA DERECHA LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA REDUCIDA CON MATERIAL DE SINTESIS

**DIAGNOSTICOS AL EGRESO** **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S431 - LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. Pedro Alvaro Ortiz Garcia
Medico Cirujano
C C 1.118.806.779 Richa
USCO

*Registro Medico:*

32

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 70622

**PACIENTE:** ,7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

**EDAD:** 42 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **TELEFONO:** 3123751749

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| ORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ECHA DEL CONTROL : martes, 26 de marzo de 2019 | | | | | | |
| :00:39 | CLORURO DE SODIO 9%X500ML FRES | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| :00:04 | GENTAMICINA X 80MG/2ML FARMI | 3.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| :00:51 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FR | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| DILUCION DELAS 23:00 | | | | | | |
| :00:35 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| :00:32 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARM | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| :00:28 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FR | 2.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | MBL | |
| :10:38 | CLORURO DE SODIO 9%X500ML FRES | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| :52:51 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARM | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| :52:32 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| :52:23 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FR | 3.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| :52:18 | CLORURO DE SODIO 9%X500ML FRES | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |
| :52:10 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARM | 1.00 | INTRAVENOSA | DIA | MTE | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 17.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 70622

**PACIENTE:** ,7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

**EDAD:** 42 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **TELEFONO:** 3123751749

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** martes, 26 de marzo de 2019 | | | | |
| UANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 2.00 | CLO | | |
| RINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | CLO | | |
| RINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| RINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MBL | | |
| UANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 7.00 | MTE | | |
| ENOCAT CATETER # 18 | 1.00 | MTE | | |
| RINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |
| QUIPO MACROGOTEO CORPAUL | 2.00 | MTE | | |
| RINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | MTE | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 17.00

## CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 70622

**PACIENTE:** 7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

**EDAD:** 42 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **TELEFONO:** 3123751749

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

### HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

| ORA | DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO | CANT. | VIA ADMIN | TURNO | APLICO | REVISADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ECHA DEL CONTROL : | miércoles, 27 de marzo de 2019 | | | | | |
| 00:59 | DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| 00:56 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FR | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| 00:09 | CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS FARM | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| 00:48 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FR | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| DILUCION DE LAS 03:00 DEL DIA 27/03/2019 | | | | | | |
| 00:41 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FR | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |
| 00:39 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO | 1.00 | INTRAVENOSA | NOCHE | CLO | |

**TOTAL SUMINISTRADO:** 6.00

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**ADMISION No.** 70622

**PACIENTE:** 7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

**EDAD:** 42 **No. CAMA:**

**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **TELEFONO:** 3123751749

**ENTIDAD:** AT1324 LA PREVISORA S.A.

## HOJA PARA REGISTRO DE INSUMOS MEDICOS

| DESCRIPCION DEL INSUMO | CANT. | AUX ENF. | REVISADO | |
|---|---|---|---|---|
| **FECHA DEL CONTROL :** miércoles, 27 de marzo de 2019 | | | | |
| JERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | CLO | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | CLO | | |
| JERINGA X 10.C.C--LIFE CARE | 1.00 | CLO | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | CLO | | |
| JERINGA X 5ML MARCA LIFE CARE | 1.00 | CLO | | |
| GUANTE EXAMRN TALLA S PRECISION | 1.00 | CLO | | |

**TOTAL REGISTRADO:** 6.00

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 5625

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -70464 Fecha 22/03/19

Nombre Paciente: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL 7704705 Edad: 42 Sexo: M

Hora inicio 14:00 Hora fin: 14:30 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: BLOQUEO

Cirujano: RGM- RACHID GORRON MALOOF Ayudante: PAO- PEDRO ALVARO ORTIZ GARCIA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SYNDI CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

| Diagn¾sticos Pre-Operatorios: | Diagn¾sticos Post-Operatorios: |
|---|---|
| 1. S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA | 1. S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA |

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Via |
|---|---|---|---|
| 15140 | COLGAJO DE PIEL REGIONAL | RGM | 1 - 1i Interv 100% |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: BAJO ANESTESIA LOCAL BLOQUEO ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS ESTERILES PROCEDEMOS
LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO DE HERIDA EN REGION MALAR CON SUERO MAS ISODINE RETIRO DE DETRITUS.
HEMOSTASIA PROLIJA
CONFECCION ROTACION AVANCE DE COLGAJO DE APROX 3 CM PARA COBERTURA DEL DEFECTO, POCA TENSION, SINTESIS POR PLANOS CON VYCRIL 4 Y PROLENE 5.0
CURACION CON GASA FURACIN MICROPORE.

AnatomÝa Patol¾gia:
NO

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n
NO

Rayos X Intraoperatorios
NO

Intensificador de Imagen
NO



Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

CIRUJANO

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 7704705

**ADMISION N_:** 70464

**NOMBRE:** LOZANO LIZCANO CRISTOBAL **Num. Id-:** CC 7704705
**FECHA NACIMIENTO:** 1977.04.01 **EDAD:** 42 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
**FECHA DE INGRESO:** 2019.03.22 **HORA DE INGRESO:** 14:38:48 **Fecha/Hora de registro:** 2019.03.22 14:38
**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **CIUDAD:** ULLOA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123751749
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:**
**OBSERVACION** (Inst)

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2019.03.22

<< REGISTRO: 14:38:48 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

**MOTIVO DE LA ATENCION:** 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 07 / DETECCION DE ALTERAC DEL
**TIPO DE CONSULTA:** CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

**MOTIVO CONSULTA**

PTE VALORADO A PEDIDO MEDICO POR CUADRO DE CAIDA DE MOTO Y HERIDA EN CARA

**REVISION POR SISTEMA**

HERIDA MALAR DERECHO

**ANTECEDENTES**

--->><<2019.03.22-10:21:01>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 70448
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos. Niega * Alergicios: NIEGA * FUR: N/A

--->><<19.03.22-14:38:48>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 70464
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--->><<2019.03.22-15:31:42>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 70464

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2019.03.26-14:52:22>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 70654
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 22 DE MARZO DEL 2019

26

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 7704705

**ADMISION N_:** 70464

**NOMBRE:** LOZANO LIZCANO CRISTOBAL **Num. Id-:** CC 7704705

**FECHA NACIMIENTO:** 1977.04.01 **EDAD:** 42 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

**FECHA DE INGRESO:** 2019.03.22 **HORA DE INGRESO:** 14:38:48 **Fecha/Hora de registro:** 2019.03.22 14:38

**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **CIUDAD:** ULLOA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123751749

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:**

**OBSERVACION** (Inst)

<< REGISTRO: 14:38:48 >> (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)

07 / DETECCION DE ALTERAC DEL

NUEVO

REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA EL DIA 26 DE MARZO DEL 2019

--><<19.03.26-17:54:29>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 70654

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: SUTURA DE HERIDA EN CARA

ANESTESICOS: BLOQUEO ANESTESICO

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

## ** EXAMEN FISICO **

**SIGNOS VITALES** **TA:** **FC:** **FR:** **Tmp:** **PESO:** **TALLA:**

**EXAMEN FISICO**

HERIDA DE APROX 3 CM IRREGULAR PROFUNDA EXPOSICION DE TEJIDOS BLANDOS, CON PERDIDA DE TEJIDO, SUCIA REGION MALAR DERECHA SENTIDO HORIZONTAL

## ** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

**EVOLUCION**

A CIRUGIA

**ANALISIS/PLAN**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 7704705

**ADMISION N_:** 70464

**NOMBRE:** LOZANO LIZCANO CRISTOBAL **Num. Id-:** CC 7704705

**FECHA NACIMIENTO:** 1977.04.01 **EDAD:** 42 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

**FECHA DE INGRESO:** 2019.03.22 **HORA DE INGRESO:** 14:38:48 **Fecha/Hora de registro:** 2019.03.22 14:38

**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **CIUDAD:** ULLOA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123751749

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:** _____

**OBSERVACION** (Inst)

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.03.22-14:00:37 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS**

A CIRUGIA

## ** SALIDA DEL PACIENTE **

**DESTINO SALIDA:** Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

**FECHA DE EGRESO:** 2019.03.22 **HORA DE EGRESO:** 14:00:37 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

**ESTADO A LA SALIDA:** VIVO

Dr. Rachid Gorron Maloof
CIRUJANO PLASTICO
R.M. 0145-00

***Dr. RACHID GORRON MALOOF***
***Registro Medico: 0145/00***

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:** _____

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 70464 - 1

NOMBRE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL C.C. -TI-RC-OTRO 7704705

EDAD: 42 A FECHA DE NACIMIENTO: 1977.04.01 SEXO: M

DIRECCION: CRA 3 NO 8 A 127 TELEFONO: 3123751749

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**FECHA:** **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:**

2019.03.22 SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA

**ANTECEDENTES:**

HISTORICO

--><<2019.03.22-10:21:01>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL) H.U. 70448

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NIEGA * FUR: N/A

--><<19.03.22-14:38:48>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) H.PREQX: 70464

ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--><<2019.03.22-15:31:42>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 70464

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2019.03.26-14:52:22>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 70654

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 22 DE MARZO DEL 2019

REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA EL DIA 26 DE MARZO DEL 2019

--><<19.03.26-17:54:29>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 70654

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: SUTURA DE HERIDA EN CARA

ANESTESICOS: BLOQUEO ANESTESICO

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 70464 - 1

NOMBRE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL C.C. -TI-RC-OTRO 7704705

EDAD: 42 A FECHA DE NACIMIENTO: 1977.04.01 SEXO: M

DIRECCION: CRA 3 NO 8 A 127 TELEFONO: 3123751749

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2019.03.22 SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA

**CARDIOVASCULARES:**

**PULMONARES:**

**ANESTÉSICOS:**

**QUIRÚRGICOS:**

**FARMACOLÓGICOS:**

**TÓXICO - ALÉRGICOS:**

**OTROS:**

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

---

**EXAMEN FISICO:**

**PA:** 137/69 **FC:** 71 **FR:** 22 **PESO:** 83 **TEMPERATURA:** 37

**CABEZA:**
HERIDA DE 5 CM, PROFUNDA, DE BORDES IRREGULARES, CON PERDIDA DE TEJIDO EN MEJILLA DERECHA

**ORL: Mallampaty:**
APERTURA ORAL MAYOR DE 4 CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

**CUELLO:**
DMT MAYOR DE 7 CM, DME MAYOR DE 13 CM

**CARDIOVASCULAR:**
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

**PULMONAR:**
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

**ABDOMEN:**
SIN ALTERACION

**EXTREMIDADES:**
SIN ALTERACION

**OTROS:**
SIN ALTERACION

---

**EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:**

**Hto:** **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

**INR:** **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

**P de O:**

**ECG:**

**Rx TORAX:**

**OTROS:**

---

**DIAGNOSTICO:** S019
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

**PLAN:**
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, BLOQUEO ANESTESICO, ANALGESIA POP

**OBSERVACIONES:**

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

22

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 70464 - 1

NOMBRE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL C.C. -TI-RC-OTRO 7704705

EDAD: 42 A FECHA DE NACIMIENTO: 1977.04.01 SEXO: M

DIRECCION: CRA 3 NO 8 A 127 TELEFONO: 3123751749

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**DIAGNOSTICO:** S019
HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

**PLAN:**
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
**OBSERVACIONES:** BLOQUEO ANESTESICO, ANALGESIA POP

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

**DEST SALIDA:** Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2019.03.22 **HORA:** 13:35:19

**SERVICIO:** CIRUGIA PLASTICA

FIRMA: RM: 11771/90

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

## INFORME DE ANESTESIA

### A - IDENTIFICACION

| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO (O DE CASADA | NOMBRES | No. HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|
| Lozano | Lizcano | Cristobal | 77017077 |

| FECHA | EDAD | SEXO | TALLA (Cms) | PESO (Kgr) | RIESGO ASA |
|---|---|---|---|---|---|
| 22 03 19 | 41 A | H☒ M☐ | 178 | 83 | 1 (2) 3 4 5 U |
| Día Mes Año Hora | Años Meses Días | | | | |

| SERVICIO | SALA O CUARTO | No. DE CAMA | ANESTESIAS PREVIAS |
|---|---|---|---|
| CX | | | |

### B - EVALUACION PREANESTESIA

| TEM | F.R. | F.C. | T.A. | H.B | HTO. | GLIC. | BIL.TOT. | BIL.DRT. | PRO.TOT. | ALBUM | | | | | TyA PROT | T.COG | FUMA | BEBE | GRUPO | R.M. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**DIAGNOSTICO:** Hernia Inguinal Izq

**OPERACION PROPUESTA** Hernioplastia Inguinal Izq

HISTORIA Y ANTECEDENTES

ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

No Niega

No Niega

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA N DIENTES N CUELLO N

IOT SI NO

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO NO BH

RESUMEN Y PLAN

| | TIPO |
|---|---|
| | BLOQUEO |
| | PERIDURAL |
| | ESPINAL |
| | GENERAL |

Monitoria Estricta Reposo cama guaya cuff 100

ESTADO PSICOLOGO Receptivo

PREFERE ACEPTA RECHAZA NECESITA SANGRE NO C.C.

PREMEDICACION

FIRMA

### D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION E REPARACION A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26

180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA

| NAUSEAS | VOMITOS | TOS | HIPO | CIANOSIS | ARRITMIA | CEFALEA | EXCITACION | OTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| RECUPERACION | Lenta |
| CONCIENCIA | Clara |
| DIURESIS | # |
| SENSIBILIDAD | # |
| PIEL | Moteada Pálida |
| HEMORRAGIA | — |
| REFLEJOS | # |
| MOTILIDAD | Normal # |

| | COMENTARIOS |
|---|---|
| 1 | En recuperación en |
| 2 | camilla con barandas |
| 3 | elevadas bajo estricta |
| 4 | vigilancia cuenta |
| 5 | cuerda y oxitocina |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |

| TOTALES | | | |
|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | 5 | 6 |
| | 7 | 8 | 9 |
| | 10 | 11 | 12 |

HORA SALIDA Y MOTIVO Consciente sin efecto anestésico

FIRMA

20

EFECTOS PREMEDICACION:

O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

# C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG PREOPERATORIO Hernia en adh

DIAG POSTOPERATORIO Hernia de hernia en adh

OPERACION Hernia de hernia en adh

ANESTESIOLOGOS Hernan Ruiz CIRUJANOS E Cuervo

TIEMPO DE AYUNO LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION CCSC ___ CSA ___ CCC ___ E A C

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC ♂ FEM. ♀

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

MORA

AGENTES

1 Halon 2% 2L

2

3

4

5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 Propofol

7 Fentanil

8

9

10

11

12

13

14

15

16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 |

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO Consciente

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO Consciente

**OBSERVACIONES:** Normal Signo al cirujano

No Complicaciones

Hernan Ruiz

FIRMA Y CODIGO

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 5640

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -70654 Fecha 26/03/19

Nombre Paciente: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL 7704705 Edad: 42 Sexo: M

Hora inicio 18:45 Hora fin: 19:25 Duraci¾n: 00:40 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: CAA- CAMILO ARCE CORREA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES ROJAS

Clase de cirugia: HOSPITALARIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

| Diagn¾sticos Pre-Operatorios: | Diagn¾sticos Post-Operatorios: |
|---|---|
| 1. S431-LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA | 1. S431-LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA |

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| 13760 | REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIO CLAVICULAR | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 13739 | REPARACION PRIMARIA DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES ART87 | FGR | 1 - 1i Interv 100% |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCICION: ANTERIOR DE HOMBRO DERECHO
HALLAZGOS : LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA CON LESION DE LIGAMENTOS CORACOCLAVICULARES CONOIDE Y TRAPEZOIDE.

DESCRIPCION QUIRURGICA :
BAJO ANESTESIA GENERAL+ BLOQUEO , PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA Y SOLUCION CON PACIENTE EN DECUBITO DORSAL DERECHO , PREVIA APLICACION DE CAMPOS ESTERILESSE PRACTICO POR VIA ANTERIOR EN HOMBRO DERECHO REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION ACROMIO CLAVICULAR DERECHA + FIJACION DE LA MISMA CON UNA PLACA GANCHO DE 5H + 3 TORNILLOS DE CORTICAL , CASA COMERCIAL TRAUMASUR ,, LUEGO SE PRACTICO REPARO PRIMARIO DE LOS LIGAMENTOS CORACO CLAVICULARES ,,CONOIDE Y TRAPEZOIDE QUE SE ENCONTRARON ROTOS. ,, SE LAVO EXAHUSTIVAMENTE CON 1000 ML DE SUERO FISIOLOGICO Y SE REALIZA CIERRE DE LA HERIDA POR PLANOS CON VICRIL EN PLANOS PROFUNDOS Y PROLENE EN PIEL. . SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO .
NO COMPLICACIONES .



AnatomÝa Patol¾gia:
NO
Complicaci¾n: -
Descripci¾n de la complicaci¾n
NO
Rayos X Intraoperatorios
NO
Intensificador de Imagen
NO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12462-52

CIRUJANO

19

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_ :** 70654 - 2

NOMBRE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL C.C. -TI-RC-OTRO 7704705
EDAD: 42 A FECHA DE NACIMIENTO: 1977.04.01 SEXO: M
DIRECCION: CRA 3 NO 8 A 127 TELEFONO: 3123751749
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**FECHA:** **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:**
2019.03.26 REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

**ANTECEDENTES:**

HISTORICO

--->><<2019.03.22-10:21:01>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL) H.U. 70448

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NIEGA * FUR: N/A

--->><<19.03.22-14:38:48>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA) H.PREQX: 70464

ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--->><<2019.03.22-15:31:42>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 70464

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2019.03.26-14:52:22>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 70654

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 22 DE MARZO DEL 2019

REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA EL DIA 26 DE MARZO DEL 2019

--->><<19.03.26-17:54:29>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 70654

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: SUTURA DE HERIDA EN CARA

ANESTESICOS: BLOQUEO ANESTESICO

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

18

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 70654 - 2

NOMBRE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL C.C. -TI-RC-OTRO 7704705

EDAD: 42 A FECHA DE NACIMIENTO: 1977.04.01 SEXO: M

DIRECCION: CRA 3 NO 8 A 127 TELEFONO: 3123751749

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2019.03.26 REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

**CARDIOVASCULARES:**

**PULMONARES:**

**ANESTÉSICOS:**

**QUIRÚRGICOS:**

**FARMACOLÓGICOS:**

**TÓXICO - ALÉRGICOS:**

**OTROS:**

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

---

**EXAMEN FISICO:**

**PA:** 131/55 **FC:** 83 **FR:** 19 **PESO:** 85 **TEMPERATURA:** 37

**CABEZA:**
HERIDA SUTURADA EN CARA

**ORL: Mallampaty:**
APERTURA ORAL MAYOR DE 4 CM ,MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

**CUELLO:**
DMT MAYOR DE 7 CM, DME MAYOR DE 13 CM

**CARDIOVASCULAR:**
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

**PULMONAR:**
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

**ABDOMEN:**
SIN ALTERACION

**EXTREMIDADES:**
EDEMA, DOLOR, DEFORMIDAD Y LIMITACION FUNCIONAL DE HOMBRO DERECHO

**OTROS:**
SIN ALTERACION

---

**EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:**

**Hto:** **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

**INR:** **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

**P de O:**

**ECG:**

**Rx TORAX:**

**OTROS:**

---

**DIAGNOSTICO:** S431
LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

**PLAN:**
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

**OBSERVACIONES:**

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 70654 - 2

NOMBRE: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL C.C. -TI-RC-OTRO 7704705

EDAD: 42 A FECHA DE NACIMIENTO: 1977.04.01 SEXO: M

DIRECCION: CRA 3 NO 8 A 127 TELEFONO: 3123751749

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**DIAGNOSTICO:** S431
LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

**PLAN:**
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO

**OBSERVACIONES:** MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

**DEST SALIDA:** Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2019.03.26 **HORA:** 14:00:24

**SERVICIO:** ORTOPEDIA

FIRMA: RM: 11771/90

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 7704705

**ADMISION N_:** 70654

**NOMBRE:** LOZANO LIZCANO CRISTOBAL **Num. Id-:** CC 7704705
**FECHA NACIMIENTO:** 1977.04.01 **EDAD:** 42 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
**FECHA DE INGRESO:** 2019.03.26 **HORA DE INGRESO:** 14:52:21 **Fecha/Hora de registro:** 2019.03.26 14:52
**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **CIUDAD:** ULLOA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123751749
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:** _____
**OBSERVACION** (Inst)

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2019.03.26

<< REGISTRO: 14:52:21 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

**MOTIVO DE LA ATENCION:** 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
**TIPO DE CONSULTA:** CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

**MOTIVO CONSULTA**

VIENE PARA REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

**REVISION POR SISTEMA**

BUENO

**ANTECEDENTES**

--><<2019.03.22-10:21:01>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 70448
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NIEGA * FUR: N/A

--><<19.03.22-14:38:48>>, (DR(A). RGM - RACHID GORRON MALOOF - C.C. 7692277 - REG. MEDICO: 0145/00 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 70464
ALERGIAS O ENFERMEDADES NIEGA

--><<2019.03.22-15:31:42>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 70464

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2019.03.26-14:52:22>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 70654
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 22 DE MARZO DEL 2019

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 7704705

**ADMISION N_:** 70654

**NOMBRE:** LOZANO LIZCANO CRISTOBAL **Num. Id-:** CC 7704705
**FECHA NACIMIENTO:** 1977.04.01 **EDAD:** 42 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
**FECHA DE INGRESO:** 2019.03.26 **HORA DE INGRESO:** 14:52:21 **Fecha/Hora de registro:** 2019.03.26 14:52
**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **CIUDAD:** ULLOA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123751749
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:**
**OBSERVACION** (Inst)

<< REGISTRO: 14:52:21 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)
10 / NO APLICA
NUEVO

REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA EL DIA 26 DE MARZO DEL 2019

--><<19.03.26-17:54:29>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 70654

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: SUTURA DE HERIDA EN CARA

ANESTESICOS: BLOQUEO ANESTESICO

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

## ** EXAMEN FISICO **

**SIGNOS VITALES** **TA:** 120/70 **FC:** 68 **FR:** 18 **Tmp:** 37 **PESO:** 84 **TALLA:** 168

**EXAMEN FISICO**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : HOMBRO DERECHO EDEMA TOLERABLE , DOLORY DEFORMIDAD EN ACROMIOCLAVICULAR DERECHA , NEUROVASCULAR NORMAL.

SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

14

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 7704705

**ADMISION N_:** 70654

**NOMBRE:** LOZANO LIZCANO CRISTOBAL **Num. Id-:** CC 7704705

**FECHA NACIMIENTO:** 1977.04.01 **EDAD:** 42 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

**FECHA DE INGRESO:** 2019.03.26 **HORA DE INGRESO:** 14:52:21 **Fecha/Hora de registro:** 2019.03.26 14:52

**DIRECCION:** CRA 3 NO 8 A 127 **CIUDAD:** ULLOA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123751749

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:** _____

**OBSERVACION** (Inst)

## ** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

S431 LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

**ANALISIS/PLAN**

PLAN

REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

DESTINO A LA SALIDA: Salida Consulta Externa SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2019.03.26-14:52:16 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**RESULTADO DE PROCED/EXAMENES**

RX DE HOMBRO DERECHO LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

## ** SALIDA DEL PACIENTE **

**DESTINO SALIDA:** Salida Consulta Externa **SERVICIO:** CIRUGIA

**FECHA DE EGRESO:** 2019.03.26 **HORA DE EGRESO:** 14:52:16 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

**ESTADO A LA SALIDA:** VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.582
R.M. No. 12482-82

***Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA***

***Registro Medico: 455***

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:** _____

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

## INFORME DE ANESTESIA

### A - IDENTIFICACION

| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO (O DE CASADA | NOMBRES | No. HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|
| Tejano | Tejano | Cristobal | 770470[illegible]5 |

| FECHA (Día Mes Año Hora) | EDAD (Años Meses Días) | SEXO | TALLA (Cms) | PESO (Kgr) | RIESGO ASA |
|---|---|---|---|---|---|
| 26 03 [illegible] - | 41 A | H [X] M [ ] | 168 | 64 | 1 2 3 4 5 U |

SERVICIO: Cirugia — SALA O CUARTO: — No. DE CAMA: — ANESTESIAS PREVIAS: —

### B - EVALUACION PREANESTESIA

| TEM | F.R. | F.C. | T.A. | H.B | HTO. | GLIC. | BIL.TOT. | BIL.DRT. | PRO.TOT. | ALBUM | | | | | TyA PROT | T.COG | FUMA | BEBE | GRUPO | R.M. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**DIAGNOSTICO:** [illegible]

**OPERACION PROPUESTA** [illegible]

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

→ D Niega

→ P Niega CX

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO VIA AEREA DIENTES CUELLO

IOT SI NO N N N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: NAD Intubado

| | | | TIPO |
|---|---|---|---|
| | | | BLOQUEO |
| | | | PERIDURAL |
| | | | ESPINAL |
| / | | | GENERAL |

PREPARE ACEPTA RECHAZA

RESUMEN Y PLAN: monitoria basica, anestesia general + bloqueo analg NAD

ESTADO PSICOLOGO: Nerviosa

NECESITA SANGRE: NO C.C. — PREMEDICACION: NO

FIRMA: [illegible]

### D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION: cpe

REPARACION E A C

| NAUSEAS | VOMITOS | TOS | HIPO | CIANOSIS | ARRITMIA | CEFALEA | EXCITACION | OTRAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

RECUPERACION: ok

CONCIENCIA: Orientada

HEMORRAGIA

REFLEJOS

MOTILIDAD

DIURESIS

SENSIBILIDAD

PIEL: Mucosas rosadas

42 40 38 36 34 32 30 28 26 — 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

COMENTARIOS: Ingresa paciente a la unidad de recuperación en camilla, consciente orientado

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

HORA SALIDA Y MOTIVO: Mejoria

FIRMA: [illegible]

EFECTOS PREMEDICACION:

O.P. ( ) B ( ) R ( ) M ( )

# C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS

CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM. a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

6 11 12 13 14 15 16

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

**OBSERVACIONES:**

FIRMA Y CODIGO

# TRAUMASUR
## TIENDA DE LA SALUD S.A.S

NIT: 900576732-1 Desde 1993

*Ibagué, Tolima* ***Calle 60 No. 6A-25 Limonar***
*Tels: (8) 265 9800- 265 9919 Cel: 310 778 9809*

**FACTURA DE VENTA CREDITO NEIVA No: NCR 1172**

Habilitación DIAN No.18762010972239 de Oct-26-2018 Vigencia: 24 meses Vence: Oct-26-2019 Rango: NCR Desde: 907 Hasta: 7000

Factura impresa por computador, por TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD SAS Nit 900576732-1 en software de SysCafé S.A.

Cliente: **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
Nit/C.C: **800110181-9** Tel: **875 63 49**
Dir: **CALLE 18 N. 6-65 BRR QUIRINAL**
**NEIVA - HUILA**

| Fecha Fact | Vencimiento | Plazo | Forma de pago | |
|---|---|---|---|---|
| Abr-24-2019 | May-24-2019 | 30 días | CUENTAS X COBRAR | |
| **Vendedor** | **Pedido** | **Zona** | **Elaboró** | **Pág** |
| TRAUMASUR | | | DIANA LUCERO | 1/1 |

| Referencia | Detalle | Iva | Cantidad | Vr/Unit | Vr/Total |
|---|---|---|---|---|---|
| I06PGCI05 | PLACA INNOBLOX DE CLAVICULA GANCHO IZQ. X 5H -15 | | 1.00 | 2,892,900.00 | 2,892,900.00 |
| I06CT3516 | TORNILLO CORTICAL AUTOTARRAJANTE EN TITANIO 3,5 X 16MM | | 1.00 | 288,535.00 | 288,535.00 |
| I06CT3518 | TORNILLO CORTICAL AUTOTARRAJANTE EN TITANIO 3,5 X 18MM | | 1.00 | 288,535.00 | 288,535.00 |
| I06CT3520 | TORNILLO CORTICAL AUTOTARRAJANTE EN TITANIO 3,5 X 20MM | | 1.00 | 288,535.00 | 288,535.00 |

**Observaciones :** LOZANO LIZCANO CRISTOBAL}
cc 7704705

Página 1/1

Son: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CINCO PESOS mcte.
Si cancela antes de May-24-2019 descuentese 751,701.00

| | |
|---|---|
| **SubTotal** | **3,758,505.00** |
| **Total** | **3,758,505.00** |

La presente factura se asimila en sus efectos a una letra de cambio segun ART 621. s.s 772,773,774 y S.S del codigo de comercio.

Transcurridos 5 (cinco) días después de recibida la factura no hemos tenido ninguna observación de su parte, se entenderá irrevocablemente aceptada.Después de vencida la factura se generarán intereses de mora a la tasa máxima permitida por ley

Favor consignar a las siguientes cuentas.
Banco BBVA Cta Corriente 236023586
Banco DAVIVIENDA Cta ahorros 167770054127
A NOMBRE DE TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S.A.S NIT 900576732-1

TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S.A.S. NIT. 900.576.732-1

Recibí conforme y acepto la deuda

TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD SAS

ACEPTADA

Nombre:
Nit/C.C:
Fecha:

_5GX0L92J9

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos 8756349 - 8753441 - 8753436 Neiva - Huila

FECHA 1 - 11 - 2019 ENTIDAD Previsora FORMULARIO MEDICO U 113120

NOMBRE Cristobal Lozano Liscano C.C. 7701705 HABITACIÓN No. _____

| CANT. | DETALLE | VALOR |
|---|---|---|
| 1 | Guantes | |
| 6 | Gasa | |
| 100cc | Isodine espuma | |
| 100 | Isodine Solución | |
| 1 | Sodio x 500cc | |
| 1 | Hoja de bisturi #15 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | TOTAL $ | |

X Cristobal Lozano L.

MEDICO FARMACIA PACIENTE

10

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 70995

**Orden de Servicio N·mero:** 180-1 -70995 **Fecha** 01/04/2019

Nombre Paciente: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL - 7704705 **Edad:** 42 **Sexo:** M

**Quien Realiza:** DJP- DANY JULISSA PASTRANA CHALA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

**Diagn¾sticos Previos:**
1. S431-LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

**Diagn¾sticos Definitivos:**
1. S431-LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR

**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Via |
|---|---|---|---|
| SO1.39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | DJP | - |

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripci¾n:** 09:47/H USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 42 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS CARA EN PONULO DERECHO . SE TRASLADA A SALA DE CURACION . SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 3 CM. PIEL PERIFERICA CONSERVADA. SIN DOLOR A LA MANIPULACION . SIN SIGNOS DE DEHICENCIA NO SALIDA DE SECRECION CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO. SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION. QUEDANDO DESCUBIERTA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION
09:51/H EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 71536

**Orden de Servicio N·mero:** 180-1 -71536 **Fecha** 08/04/2019

Nombre Paciente: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL - 7704705 **Edad:** 42 **Sexo:** M

**Quien Realiza:** DJP- DANY JULISSA PASTRANA CHALA **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

**Diagn¾sticos Previos:**
1. S431-LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHA

**Diagn¾sticos Definitivos:**
1. S431-LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR DERECHO

**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| SO1.39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | DJP | - |

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripci¾n:** 11:25/H USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 42 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN HOMBRO IZQUIERDO , SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 10 CM, FORMA REGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, SIN SIGNOS DE INFECCION, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 10CC + 10CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION, QUEDANDO DESCUBIERTA CON TOQUS DE ISODINE SOLUCION
11:36/H EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
## NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,30-Nov-2019 16:28:3

**NTIDAD RESPONSABLE** AT13 )
860002400 LA PREVISORA S.A.
**ONTRATO/PLAN**
01 0 SOAT
**ACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

**TIPO CONTRATO**
EVENTO
**REGIMEN** **EDAD**
OTRO REGIMEN 42 Años
**ESTRATO:**
1 NIVEL I

**ANEXO1**
**ANEXO2:**
**MUNICIPIO**
ULLOA

**VIA INGRESO** AMBULATORIA
**MOTIVO** 43 CURACIONES
**Fecha Ingreso:** 2019.04.0 11:24
**Fecha Egreso** :
**DIRECCION** **TELEFONO**
CRA 3 NO 8 A 127 3123751749

| FECHA | Tar | Codigo | Descripción del item | Vendedor | Cantidad |
|---|---|---|---|---|---|
| 2019.04.08 | ZMQ | GUANTES S | GUANTES EXAMEN TALLA S | DJP | 1.00 |
| 2019.04.08 | BI | ISODINE | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | DJP | 10.00 |
| 2019.04.08 | QUI | I ESPUMA | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | DJP | 10.00 |
| 2019.04.08 | PAR | BISTURI 15 | HOJA DE BISTURI # 15 | DJP | 1.00 |
| 2019.04.08 | BAX | SOLUCION | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | DJP | 1.00 |
| 2019.04.08 | DRO | MERCURIO | MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C. | DJP | 10.00 |

7

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 19.12.03 |
| HORA: | 10:49:15 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 34004** Fecha Ex. 14/05/19 Hora 11:08
Nombre Paciente: 7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL
Dirección: CRA 3 NO 8 A 127 Telefono:3123751749 Edad:42 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DERECHA Prioridad: BAJA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DERECHA

***HALLAZGOS**

Proyección AP de la clavícula derecha observándose elementos de osteosíntesis metálica (placa y tornillos) que fijan la articulación acromio clavicular.
En el examen actual la relacion articulación articular acromio clavicular es satisfactoria.

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 19.12.03 |
| HORA: | 10:47:15 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 32502** Fecha Ex. 26/03/19 Hora 14:18
Nombre Paciente: 7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL
Dirección: CRA 3 NO 8 A 127 Telefono:3123751749 Edad:42 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO Prioridad: ALTA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

***HALLAZGOS**

Proyeccion AP del hombro derecho observandose la articulación escapula humeral con aspecto anatómico satisfactorio.
Hay elementos de osteosíntesis metálica (paca y tornillos) que fijan la articulación acromio clavicular.
En la actualidad la relación articular acromio clavicular es normal.

FIRMA _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

| CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.<br>NIT 800 110 181-9<br>Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436<br>Neiva - Huila | COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | VERSIÓN: 3<br>CÓDIGO:<br>PÁGINA: 1 DE 1 |
|---|---|---|

Neiva, 22-3-19.

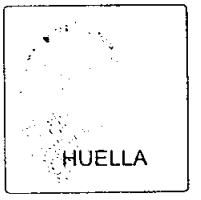
Señores
Previsora
Ciudad Neiva.

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo cristobal lozano. identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 7704705, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Previsora., producto de las atenciones prestadas desde 22-03-2019 a través de SOAT [X], ARL [ ], PREPAGADA [ ], SEG.ESTUDIANTIL [ ], EPS [ ].

Atentamente

Paciente




Cristobal Lozano

Firma
Nombre: Cristobal lozano
c.c. 7704705

Acudiente o Representante

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

4

RUNT

Consulta SOAT

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

Información general del SOAT

PLACA DEL VEHÍCULO: **XJR39C**

Poliza SOAT

| Número de poliza | Fecha expedición | Fecha inicio de vigencia | Fecha fin de vigencia | Entidad expide SOAT | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004195914000 | 16/12/2018 | 17/12/2018 | 16/12/2019 | LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS | VIGENTE |

3

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

| FECHA EXPEDICION AÑO | MES | DIA | DESDE LAS 24 HORAS | AÑO | MES | DIA | HASTA LAS 24 HORAS | AÑO | MES | DIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2018 | 12 | 16 | DEL | 2018 | 12 | 17 | DEL | 2019 | 12 | 16 |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

TELEFONO TOMADOR: 3123751[illegible]

| TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DOCUMENTO TOMADOR | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | CIUDAD EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| CC | 7704705 | 13 | 1375 | RIVERA |

DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 3 N 8A-127 LA ULLOA

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: RIVERA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: AT1324

1308004195914000

4145980052

| CLASE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS |
|---|---|---|
| MOTOCICLETA | PARTICULAR | 124 |

| MODELO | PLACA No. | MARCA | LINEA VEHICULO |
|---|---|---|---|
| 2014 | XJR39C | BAJAJ | DISCOVER 125 ST |

No MOTOR: JEZWDA92198

No CHASIS o No. SERIE: 9FLA37CZ3EAF24972

No VIN: 9FLA37CZ3EAF24972

| PASAJEROS | CAPACIDAD TON | TARIFA |
|---|---|---|
| 2 | 0.00 | 121 |

| PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FODYGA | TASA RUNT | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 300700 | $ 150350 | $ 1900 | $ 452950 |

AMPAROS POR VICTIMA

| | HASTA |
|---|---|
| A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 150 |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 |

4293565

14598005 2

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5

ORIGINAL

FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1977

RIVERA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.68 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

08-JUN-1995 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2749900-00170438-M-0907704705-20090818 0015081221A 1 27034514

RESTRICCION MOVILIDAD | BLINDAJE | POTENCIA HP: ****** 12

| DECLARACIÓN DE IMPORTACION | I/E | FECHA IMPORT | PUERTAS |
|---|---|---|---|
| 902013000116320 | I | 27/06/2013 | 0 |

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 16/07/2013 | 24/08/2017 | [illegible] |

ÓRGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007374534

2

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

NIT 860002400-2

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 12 DIA 16

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO 2018 MES 12 DIA 17 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 12 DIA 16

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

TELEFONO TOMADOR: 3123751[illegible]

| TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DOCUMENTO TOMADOR | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | CIUDAD EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| CC | 7704705 | 13 | 1375 | RIVERA |

DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 3 N 8A-127 LA ULLOA

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: RIVERA

REEMPLAZA POLIZA No.

AT 1324

1308004195914000

4145980052

| CLASE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE / VATIOS |
|---|---|---|
| MOTOCICLETA | PARTICULAR | 124 |

| MODELO | PLACA No. | MARCA | LINEA VEHICULO |
|---|---|---|---|
| 2014 | XJR39C | BAJAJ | DISCOVER 125 ST |

No MOTOR: JEZWDA92198

No CHASIS o No SERIE: 9FLA37CZ3EAF24972

No VIN: 9FLA37CZ3EAF24972

| PASAJEROS | CAPACIDAD TON | TARIFA |
|---|---|---|
| 2 | 0.00 | 121 |

| PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FOSYGA | TASA RUNT | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| $ 300700 | $ 150350 | $ 1900 | $ 452950 |

AMPARA LOS SIGUIENTES RIESGOS DE LA VICTIMA — HASTA

| | | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MINIMOS LEGALES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE 4295565 | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

14598005 2

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002 5

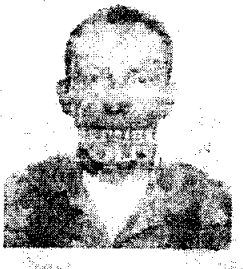
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.704.705
LOZANO LIZCANO

APELLIDOS
CRISTOBAL

NOMBRES
CRISTOBAL LOZANO L

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014538741

| PLACA | MARCA | LINEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| XJR39C | BAJAJ | DISCOVER 125 ST | 2014 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 124 | ROJO RACING | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHICULO | TIPO CARROCERIA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| MOTOCICLETA | TURISMO | GASOLINA | 2 |

NÚMERO DE MOTOR: JEZWDA92198 — REG: N — VIN: 9FLA37CZ3EAF24972

NÚMERO DE SERIE: 9FLA37CZ3EAF24972 — REG: N — NUMERO DE CHASIS: 9FLA37CZ3EAF24972 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

IDENTIFICACION: C.C. 7704705

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

**RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS**

FECHA: 16/04/2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-402 fechada el dia 20.01.22 cuyo paciente es LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

**HISTORIA No.** 7704705

**GLOSA No:** ZGL-1-17142 **SINIESTRO:** 89373

**>> ITEM GLOSADO 1:** 1 - GLOSA GENERAL

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 9301968.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999
NO PERTINENTE DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS RADIOLOGICOS.

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 9301968.00 | SE ANEXA LECTURA RX. |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE RX EN LA CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR QUE EL PACIENTE PRESENTO LUXACION ACROMIOCLAVICULAR , COMO TAMBIEN SE PUEDE EVIDENCIAR EN LA VALORACION POR EL ESPECIALISTA PAG 4 DE LA EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE DONDE DIAGNOSTICA Y PROGRAMA PARA CIRUGIA POR LUXACION ACROMIOCLAVICULAR, POR TANTO LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA:** | 9,301,968.00 |
| **VR ITEMS EN FACTURA:** | 9301968.00 |
| **VALOR GLOSADO :** | 9301968.00 |
| **ACEPTADO IPS** | 0.00 |
| **VALOR REFUTADO:** | 9301968.00 |
| **ACEPTADO EPS** | 0 |
| **CONCILIACION** | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MILENA AMPARO PEREZ

PREVISORA SEGUROS
No prometemos, aseguramos

**Recibido!**
**30 de Abril del 2020**
**40021664**

PREVISORA

SISA -

RECIBIDO 20 FEB 2020

Bogotá, Febrero 12 de 2020.

Señores:
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
**CALLE 18 N 6-65 BARRIO QUIRINAL**
**NEIVA - HUILA**

ASUNTO: FACTURA NRO: FEC1402
ACCIDENTADO: CRISTOBAL LOZANO LIZCANO
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO: 89373/2019/13/SEGURO OBLIGATORIO
RADICADO: N132020398061
OBJECIÓN

Respetado(a) Señor (a):

En atención a la solicitud de indemnización radicada en nuestra Compañía, por medio de la cual solicita afectar la póliza Soat No AT-1324-4195914-13-2, que corresponde al vehículo de placas XJR39C, por el amparo en referencia, en virtud del accidente ocurrido en Marzo 22 de 2019 a el(la) señor(a) CRISTOBAL LOZANO LIZCANO, esta Compañía una vez realizado el proceso de verificación de la documentación aportada, no puede atender favorablemente el objeto de la pretensión, teniendo en cuenta que los procedimientos médicos realizados no tienen relación directa con las lesiones causadas en el accidente de tránsito.

se objeta cuenta de gastos médicos debido a que no es pertinente de acuerdo a los hallazgos radiológicos.

Por las razones expuestas, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS objeta y declina la petición indemnizatoria.

Atentamente,

**GLORIA LUCIA SUAREZ DUQUE**
Representante Legal

Revisó:
Febrero 12 de 2020

RECIBIDO 20 FEB 2020

PREVISORA

## *LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT*
### *Previsora Seguros*

***No. Egreso***

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020398061 | **No.** | 989018 | **Siniestro** | 89373 | **No.** | FEC1402 | | |
| **Amparo** | 1 Gastos Medicos, | **Fecha siniestro** | 22/03/2019 | **Fecha aviso** | 22/04/2019 | **Fecha recepción** | 30/01/2020 | | |
| **Fecha formalización** | 30/01/2020 | **Fecha liquidación** | 12/02/2020 | **Vigencia desde** | 17/12/2018 | **hasta** | 17/12/2019 | | |
| **Póliza** | 4195914 | **Nro interno** | | | | | | | |
| **Id tomador** | 100932897 | **Nombre tomador** | LOZANO LIZCANO CRISTOBAL | | | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Id accidentado** | 7704705 | **Nombre** | CRISTOBAL LOZANO LIZCANO | | | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Diagnósticos** | S008 S499 | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA | | | |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 77702 | SUMINISTROS | SE OBJETA CUENTA DE GASTOS MÉDICOS DEBIDO A QUE NO ES PERTINENTE DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS RADIOLÓGICOS | 100% | 9,301,968 | 9,301,968 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | **9,301,968** |
| **9023** | **Pago Neto** | **0** |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | **9,301,968** |

| | |
|---|---|
| Liquidación: KATHERIN.RIVERA | Aprobación: |
| Revisó: | Vo. Bo. CLAUDIA MORENO |

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**

NIT: 800[illegible]

DIR. CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756399 [illegible]

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.04.18 |
| HORA: | 08:03:19 |
| PAGINA No: | 1 |

**NUMERO: 32390** Fecha Ex. 22/03/19 Hora 11:14

Nombre Paciente: 7704705 LOZANO LIZCANO CRISTOBAL

Dirección: CRA 3 NO 8 A 127 Telefono:3123751749 Edad:42 A Sexo:M

Medico. YEISON COMEZ LEDESMA Anotacion: SATISFACTORIO

Observacion: TAC DE CARA Prioridad: ALTA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO

***HALLAZGOS**

Proyección AP del hombro derecho en la que se advierte la articular escapula humeral con aspecto anatómico satisfactorio.
Hay luxación completa de la articulación acromio clavicular.
Edema de los tejidos blandos del hombro.

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.03.02 | 10:26:06 | 2020.04.16 |

**FACTURA DE VENTA No.** FEC1 - 1410

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 ) **TIPO CONTRATO** EVENTO **VIA DE INGRESO** URGENCIAS

NIT: 860002400 LA PREVISORA S.A.

DIRECCION: CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC TELEFONO: 8711773 ORDEN SS 91390

| CONTRATO/PLAN | REGIMEN | AUTORIZACION | FEC-HOR INGRES | FEC-HORA EGRESO |
|---|---|---|---|---|
| 001 01 SOAT | OTRO REGIMEN | | 2020.02.24 - 06:59 | 2020.02.24 - 12:02 |

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**

DOCUMENTO: CC - 1080260929 ZUNIGA LUNA FRANCISCO EDAD : 32 Anos

DIRECCION: CLL 91 NO 9 36 NEIVA TELEFONO: 3124154795

OBSERVACIONES:

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | | | | | |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| **MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 1 | 4,819 | 4,819 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| 19978256 | MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C. | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| 19908969 | ACETAMINOFEN 500 MG | | | | | | | | 20 | 226 | 4,520 |
| 51330-17 | IBUPROFENO 400 MG TAB | | | | | | | | 20 | 580 | 11,600 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| **IMAGENES DX** | | | | | | | | | | | |
| 21102 | BRAZO, PIERNA, RODILLA, FEMUR, HOMBRO, OMOPLATO | 2020.02.24 | 873121 | | CAA | | | | 1 | 64,100 | 64,100 |
| **OTROS** | | | | | | | | | | | |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2020.02.24 | 890302 | | HJC | | | | 1 | 50,600 | 50,600 |
| 39145 | CONSULTA DE URGENCIAS | 2020.02.24 | 890701 | | MSO | | | | 1 | 57,600 | 57,600 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2020.02.24 | S22101 | | ALB | | | | 1 | 20,800 | 20,800 |

| VALOR BRUTO: | 214,039 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 214,039 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: DOSCIENTOS CATORCE MIL TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE.**********

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : IYM INGRID YISETH MURCIA BERREIRO

Yaneth.

Grupo MGK - Previsora
17 MAR 2020

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***

***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** ca57a1b0a94afd85e4226ac9a4649fd0042aec7f7208b47e7a76eade4393c362b0016e7f2e21871032b9dd4b04a2ebba

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800.110.181-9

ABONO 1 $ 201.920 -7-4-20

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 12.119

CRISTIAN MUÑOZ

CARTERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario INGRID YISETH MURCIA BERREIRO

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura
\Cuenta de Cobro: 1410

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

ZUNIGA — 1er.Apellido o Razon Social

LUNA — 2do.Apellido

FRANCISCO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC[X] CE PA TI RC AS MS

No. Documento: 1080260929

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 13/03/1987 Sexo: F[ ] M[X]

Direcci¾n: CLL 91 NO 9 36

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3124154795

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

Naturales: Sismo [ ] Maremoto [ ] Erup. Volcanicas [ ] Huracßn [ ]
Inundaciones [ ] Avalancha [ ] Desliz. de Tierra [ ] Incendio Natural [ ]

Terroristas: Explosi¾n [ ] Masacre [ ] Mina Antipersonal [ ] Combate [ ]
Incendio [ ] Ataques a Municipios [ ] Desplazados [ ]

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: CALLE 8 CON CARRERA 23

Fecha Evento/Accidente: 24/02/2020 Hora: 06:38

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Zona: U[X] R[ ]

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA BEI94F, COLISIONA CON UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES

## IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: HERO Placa: BEI94F

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consular [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1324 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 1308004217789000 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 21/04/2019 Hasta: 20/04/2020

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

ZUNIGA — 1er.Apellido o Razon Social

LUNA — 2do.Apellido

FRANCISCO — 1er.Nombre

2do.Nombre

Documento de identidad: CC[X] CE PA NIT TI RC

No. Documento 1080260929

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Telefono: NO REGISTR

Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | |
|---|---|
| ZUNIGA | LUNA |
| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
| FRANCISCO | |
| 1er.Nombre | 2do.Nombre |

**Tipo de Documento:** CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1080260929

**Direcci¾n:** CLL 91 NO 9 36

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3124154795

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001

## VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [ ] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** / / a las **C¾digo de inscripci¾n:**

**Prestador que remite:**

**Direccion:** **Telefono:**

**Profesional que Remite:** **Cargo:**

**Fecha de Aceptaci¾n:** / / a las

**Prestador que recibe:** **C¾digo de inscripci¾n:**

**Direccion:** **Telefono:**

**Profesional que recibe:** **Cargo:**

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia BÃsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 24/02/2020 **a las** 06:59

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**

**Diagnostico definitivo de Ingreso**

S701 CONTUSION DEL MUSLO

**Diagnostico relacionado de Ingreso**

**Fecha de Egreso:** 24/02/2020 **a las** 12:02

**Diagnostico presuntivo de Egreso**

**Diagnostico definitivo de Egreso**

S701 CONTUSION DEL MUSLO

**Diagnostico relacionado de Egreso**

| | |
|---|---|
| SAAVEDRA | ORJUELA |
| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
| MARIO | AUGUSTO |
| 1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante | 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante |

**Tipo Documento** CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 14139653

**N·mero de Registro de MÚdico** 14139653

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 214039 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**1080260929 - 33047**

FECHA EMISION: 20.02.28
HORA: 17:13:13

**PACIENTE:** ZUNIGA LUNA FRANCISCO

DOC.IDENT: CC 1080260929 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CLL 91 NO 9 36
FCHA.NACTO: 87.03.13 EDAD: 32 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3124154795
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: B+

SERVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 20.02.24 HORA DE INGRESO: 06:59
SERVICIO DE EGRESO: - FECHA DE EGRESO: 20.02.24 HORA DE EGRESO: 12:02
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**
CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO
RELACIONADO2: T141 - ABRASIONES

**FECHA: 20.02.24-07:34:05 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO CON PLACA BEI94F, COLISIONA CON UN CARRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
VALORACION REALIZADA A LAS 7:01 AM 24/2/2020
INGRESA PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD, TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SOS, DONDE PERSONAL DE ATENCION PRE-HOSPITALARIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO SE MOVILIZABA COMO CONDUCTOR DE MOTO QUE COLISIONA CON UN CARRO Y CAE, OCASIONANDO TRAUMATISMOS POR LO QUE INGRESA.

***** ANTECEDENTES, INTERVENCIONES Y ALERGIAS *****
--->><<2020.02.24-07:34:05>>, (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL) H.U. 91390
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Nieg.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 128/82 FC: 84 FR: 17 TEMP: 37 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
Sin evidencia de trauma, mucosas humedas, normocromicas
<<CUELLO>>
Sin evidencia de trauma, movil, no masas ni dolor
<<TORAX>>
Sin evidencia de trauma, cardiorespiratorio normal
<<ABDOMEN>>
Sin evidencia de trauma, blando, depresible, no masas ni dolor a la palpacion, sin signos de irritacion peritoneal.
<<GENITOURINARIO>>
Se difiere
<<PELVIS>>

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

Sin evidencia de trauma, estable
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Dorso sin evidencia de trauma, SE EVIDENCIAN ABRASIONES EN HOMBRO IZQUIERDO, CARA POSTERIOR TERCIO PROXIMAL DE ANTEBRAZO BILATERA, NO DOLOR NI LIMIRTACION A FUNCIONAL A NIVEL DE CODOS BILATERAL, ABRASIONES EN CARA LATERAL Y TERCIO MEDIO DE MUSLO Y RODILLA IZQUIEDA, DOLOR A LA PALPACION EN TERCIO MEDIO DE MUSLO CARA LATERAL Dpulsos positivos, llenado capilar normal.
<<NEUROLOGICO>>
Paciente alerta, conciente, orentado, glasgow 15/15
<<PIEL>>
Lo ya descrito
<<FANERAS>>
Normal

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****
RADIOGRAFIA DE FEMUR IZQUIERDO AP Y LATERAL

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE CON CUADRO CLINICO ANOTADO, CON TRAUMA EN MUSLO Y ABRASIONES POR LO QUE SE DECIDE PASAR A SALA DE CURACION PARA ADMINSTRACION DE MEDICAMENTOS Y CURACION DE HERIDAS, TRASLADAR A IMAGINOLOGIA. REVALORACION CON RESULTADOS.

DICLOFENACO 75MG /3ML CANT: 1 75 MG IM AHORA

**FECHA: 20.02.24-07:55:48 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. ALB - ALBA YESNID PINEDA MONTENEGRO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 07:35 / 07:42 DURACION: 00:07

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ALBA YESNID PINEDA MONTENEGRO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

POR ORDEN MEDICA Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE SE PASA A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA CURACION DE ABRASIONES EN ANTEBRAZOS BILATERALES + HOMBRO IZQUIERDO+ MANOS BILATERALES LAS CUALES SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE TIERRA Y MATERIAL INERTE, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCION SALINA 500CC+ ISODINE ESPUMA 10CC +ISODINE SOLUCION 10CC+ SE DEJAN ABRASIONES DESCUBIERTAS CON TOQUES DE MERCURIO CROMO . TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

**FECHA: 20.02.24-09:53:31 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
SS VALORACION POR ORTOPEDIA

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
RX DE FEMUR IZQUIEDO: NORMNAL

**FECHA: 20.02.24-11:40:42 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MUSLO IZQUIERDO
AL EXAMEN FISICO: PRESENTA DOLOR AUMENTO DE VOLUMEN DEL MUSLO NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES

PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 10 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 10 DIAS

**FECHA: 20.02.24-12:03:12 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MSO - MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA - C.C. 14139653 - REG. MEDICO: 14139653 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
SALIDA

** OTROS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA:
- SI PRESENTA, DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS ANALGESICOS FORMULADOS, COMPRA WINADINE F, TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS, SI PERSISTEN CON DOLOR A PESAR DE TOMAR ESTE UNTIMO MEDICAMENTO CONSULTAR POR URGENCIA.
- CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA NUEVO GOLPE, FIEBRE.
- REALICE CURACIONES DE LAS HERIDAS CON MERCURIOCROMO CADA DÍA
- APLICAR HIELO LOCAL PARA DESINFLAMAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS INTERVALOS INDICADOS HASTA TERMINARLOS

** ORDENES MEDICAS:
CITA DE CONTROL EN 10 DIAS CON EL DR CUERVO
IBUPROFENO 400 MG TAB CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2020.02.24-12:02:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN POR ESTADO CLINICO ACTURAL E IMAGENES DIAGNOTICAS, DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA, COTA CONTROL. INCAPACIDAD, RECOMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

| **DIAGNOSTICOS AL EGRESO** | **TIPO** | **GRADO** |
|---|---|---|
| CONFIRMADO: S701 - CONTUSION DEL MUSLO | | |
| RELACIONADO 2: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO | | |

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Camilo Arce Correa
MEDICO CIRUJANO
U. EL BOSQUE
C.C. 1075221493

*Registro Medico:*

| CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.<br>NIT 800 110 181-9<br>Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436<br>Neiva - Huila | COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | VERSIÓN: 3<br>CÓDIGO:<br>PÁGINA: 1 DE 1 |
|---|---|---|

Neiva, 24-02-20

Señores
Ciudad

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Francisco Zuñiga Luna identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario _____, con identificación No. 1080260924, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad _____, producto de las atenciones prestadas desde ACCIDENTE a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Francisco Zuñiga Luna

Firma
Nombre: Francisco. Zuñiga Luna
c.c. 1080260924.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 91390

**Orden de Servicio N·mero:** 180-1 -91390 **Fecha** 24/02/2020

Nombre Paciente: ZUNIGA LUNA FRANCISCO - 1080260929 **Edad:** 32 **Sexo:** M

**Quien Realiza:** ALB- ALBA YESNID PINEDA MONTENEGRO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

**Diagn¾sticos Previos:**

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
4. T141-ABRASIONES

**Diagn¾sticos Definitivos:**

1. S701-CONTUSION DEL MUSLO
4. T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| SO1.39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | ALB | - |

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripci¾n:** POR ORDEN MEDICA Y CONSENTIMIENTO DE PACIENTE SE PASA A LA SALA DE CURACION Y BAJO NORMA DE BIOSEGURIDAD Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA CURACION DE ABRASIONES EN ANTEBRAZOS BILATERALES + HOMBRO IZQUIERDO+ MANOS BILATERALES LAS CUALES SE OBSERVAN SUCIAS CON RESTOS DE TIERRA Y MATERIAL INERTE, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCION SALINA 500CC+ ISODINE ESPUMA 10CC +ISODINE SOLUCION 10CC+ SE DEJAN ABRASIONES DESCUBIERTAS CON TOQUES DE MERCURIO CROMO . TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT. 800.110.181 - 9
Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

FECHA : 24 DE FEBRERO DE 2020
NOMBRE : FRANCISCO ZUNIGA
ESTUDIO : FEMUR IZQUIERDO:
C.C. : 1080260929

Hay una proyección AP del fémur izquierdo observándose la diáfisis del fémur con aspecto anatómico contornos y densidad ósea normales no hay focos de fracturas de fémur aparentes en la única proyección presentada.

JORGE ENRIQUE ESPINEL TORRES
Radiólogo
Registro Medico N° 0448-3

epm

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
## NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Feb-2020 17:14:5

**ENTIDAD RESPONSABLE** AT13 ) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** URGENCIAS
860002400 LA PREVISORA S.A. EVENTO **MOTIVO** 01 URGENCIAS ACCIDENTE
**CONTRATO/PLAN** **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2020.02.2 06:59
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 32 Anos **Fecha Egreso :**
**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE** **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1080260929 ZUNIGA LUNA FRANCISCO 1 NIVEL I NEIVA CLL 91 NO 9 36 3124154795

| FECHA | Tar | Codigo | Descripción del item | Vendedor | Cantidad |
|---|---|---|---|---|---|
| 2020.02.24 | BI | ISODINE | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | ALB | 10.00 |
| 2020.02.24 | QUI | I ESPUMA | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | ALB | 10.00 |
| 2020.02.24 | DRO | MERCURIO | MERCURIO CROMO FRASCO X 500 C.C. | ALB | 10.00 |
| 2020.02.24 | EXA | GUATES | GUANTE EXAMRN TALLA S | ALB | 1.00 |
| 2020.02.24 | CLI | GASA | GASA ESTERIL PAQUETICOS | ALB | 5.00 |
| 2020.02.24 | BAX | SOLUCION | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | ALB | 1.00 |

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**

**ENTREGA DE MEDICAMENTOS No.:140 - 1 -100281**

FECHA EMISION: 2020.02.24
HORA: 12:02:42
PAGINA No: 1

**USUARIO:** ZUNIGA LUNA FRANCISCO **FECHA DE PEDIDO:** 24/02/2020

**DOC.IDENT:** CC 1080260929 **CAMA:** - **ORIGEN:**

**ENTIDAD:** AT1324 - LA PREVISORA S.A. **MEDICO:** Dr. MARIO AUGUSTO SAAVEDRA ORJUELA

| BOD | REFERENCIA | DESCRIPCION DEL ITEM | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| 002 | GEN IBUPROFENO TAB | IBUPROFENO 400 MG TAB | 20.00 |
| 002 | GEN ACETAMINOFEN TAB | ACETAMINOFEN 500 MG | 20.00 |
| | | **TOTAL CANTIDAD:** | 40.00 |

Francisco Zuñiga Luna

Recibido Paciente

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**NIT: 800110181**

DIR: CLL 18 N 6 65 NEIVA-HULA - TELS: 3756349-8753436

**Paciente: ZUNIGA LUNA FRANCISCO** No. Identif. 1080260929 Edad. 32

Entidad: LA PREVISORA S.A. Fecha: 2020.02.24

## FORMULA MEDICA

| | | |
|---|---|---|
| * IBUPROFENO 400 MG TAB | **Cant.:** 20.00 | TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS |
| * ACETAMINOFEN 500 MG | **Cant.:** 20.00 | TOMAR 2 TAB CADA 8 HORAS |

Dr Mario A. Saavedra Orjuela
Médico General
C.C. 14.139.653

**MEDICO** **FARMACIA** Francisco Zuñiga Luna **PACIENTE**

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

| FECHA DE EXPEDICION | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL |
|---|---|---|
| 2019-04-20 | 2019-04-21 | 2020-04-20 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004217789000 | BEI94F | MOTOS | PARTICULAR | 97 | 2020 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | HERO | SIN CARROCERIA |

LÍNEA VEHICULO: ECO DELUXE I3S

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| HA11ENJ9J06743 | 9G5HAH02XLVKC0290 | 9G5HAH02XLVKC0290 | 0.00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| ZUÑIGA LUNA, FRANCISCO | 3124154795 | CC | 1080260929 | NEIVA |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 13 | 9788 | 0 | NEIVA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 111 | $ 237300 | $ 118650 | $ 1900 |

TOTAL A PAGAR

$ 357850

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS LEGALES |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | DIARIOS |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | VIGENTES |

FIRMA AUTORIZADA

---

## REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

**LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10018219357**

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| BEI94F | HERO | ECO DELUXE I3S | 2020 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 98 | NEGRO ROJO | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD KG/PSJ |
|---|---|---|---|
| MOTOCICLETA | SIN CARROCERIA | GASOLINA | 2 |

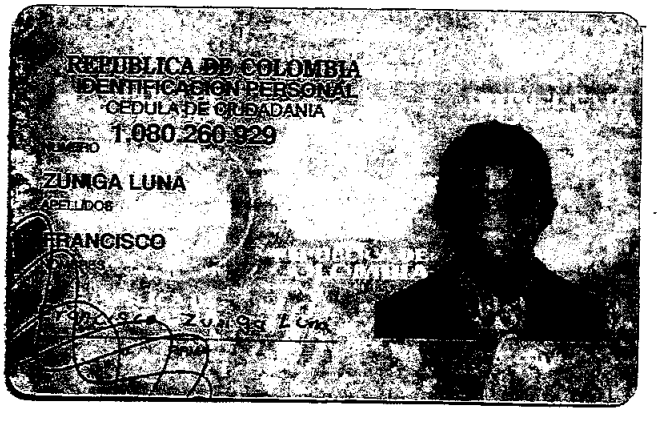
NÚMERO DE MOTOR: HA11ENJ9J06743 — REG: N — VIN: 9G5HAH02XLVKC0290

NÚMERO DE SERIE — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: 9G5HAH02XLVKC0290 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): ZUNIGA LUNA FRANCISCO

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1080260929

---



# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL | | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL | |
|---|---|---|---|---|
| 2019-04-20 | | 2019-04-21 | | 2020-04-20 |

| No. DE PÓLIZA. | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004217789000 | BEI94F | MOTOS | PARTICULAR | 97 | 2020 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | HERO | SIN CARROCERIA |
| LÍNEA VEHICULO | ECO DELUXE I3S | |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| HA11ENJ9J06743 | 9G5HAH02XLVKC0290 | 9G5HAH02XLVKC0290 | 0.00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| ZUÑIGA LUNA, FRANCISCO | 3124154795 | CC | 1080260929 | NEIVA |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 13 | 9788 | 0 | NEIVA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCION FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 111 | $ 237300 | $ 118650 | $ 1900 |

TOTAL A PAGAR

$ 357850

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | |

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE ******

POTENCIA HP 8*

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 882019000028731

NUE 1

FECHA IMPORT. 11/03/2019

PUERTAS 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD ******

FECHA MATRÍCULA 22/04/2019

FECHA EXP. LIC. TTO. 22/04/2019

FECHA VENCIMIENTO ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST.TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02005414837

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1987

LA ARGENTINA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

20-DIC-2005 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1904700-50146131-M-1080260929-20060303 052920606ZN 02 194385225

RUNT

Consulta SOAT

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

Información general del SOAT

PLACA DEL VEHÍCULO:

**BEI94F**

Poliza SOAT

| Número de poliza | Fecha expedición | Fecha inicio de vigencia | Fecha fin de vigencia | Entidad expide SOAT | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004217789000 | 20/04/2019 | 21/04/2019 | 20/04/2020 | LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS | VIGENTE |

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

**RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS**

FECHA: 28/04/2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> **FACTURA No:** 240-FEC1-1410 fechada el dia 20.03.02 cuyo paciente es ZUNIGA LUNA FRANCISCO

**HISTORIA No.** 1080260929

**GLOSA No:** ZGL-1-17409 **SINIESTRO:** 98915

**>> ITEM GLOSADO 1:** BAX-SOLUCION CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 4819.00 | |

**JUSTIFICACION:**
107
MEDICAMENTOS

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 4819.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, EL CLORURO DE SODIO NO HACE PARTE DE LOS INSUMOS DE CURACIÓN, ESTÁ CATALOGADO COMO UN MEDICAMENTO POR LO QUE SE DEBE PROCEDER AL PAGO DE ACUERDO AL ARTÍCULO 56 DEL DECRETO 2423. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

**>> ITEM GLOSADO 2:** SO1-39143- CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 7300.00 | |

**JUSTIFICACION:**
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 7300.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEI
NO SE ACEPTA GLOSA, TODA VEZ QUE NO SE FACTURA
EL ORTOPEDISTA LO VALORA EL DÍA DE LA ATENCIÓN
Y LUEGO ES DADO DE ALTA. POR LO QUE SE FACTURA
2423/96 ARTICULO 48: Reconocer en Salarios

PREVISORA SEGUROS
No prometemos, aseguramos

**Recibido!**
E UN PACIENTE INTRAHOSPITALARIO,
EN EPICRISIS ANEXA ANTERIORMENTE
RTOPEDIA DE ACUERDO AL DECRETO
para los servicios profesionales,
**20 de Mayo del 2020**
**40035994**

CLINICA DE **FRACTURAS** Y ORTOPEDIA LTDA.
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 **NEIVA - HUILA** TELS: 8754349-8753436

**- ESTATUS ACTUAL:** **VALOR OBJETADO:** **DOCUMENTO ANEXO:** **VALOR ACEPTADO:**

**JUSTIFICACION:**
por concepto de la atención científica médico y/o quirúrgica, cuando la Institución Prestadora del Servicio aporta los recursos necesarios para la atención integral, así:
39143 Consulta ambulatoria de medicina especializada .

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA:** | 214,039.00 |
| **VR ITEMS EN FACTURA:** | 55419.00 |
| **VALOR GLOSADO :** | 12119.00 |
| **ACEPTADO IPS** | 0.00 |
| **VALOR REFUTADO:** | 12119.00 |
| **ACEPTADO EPS** | 0 |
| **CONCILIACION** | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MILENA AMPARO PEREZ
**QUIEN RESPONDE**

PREVISORA

# LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT
## Previsora Seguros

**No. Egreso**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020572931 | **No.** | 1081597 | **Siniestro** | 98915 | **No.** | FEC11410 | | |
| **Amparo** | 1 | Gastos Medicos, | **Fecha siniestro** | 24/02/2020 | **Fecha aviso** | 17/03/2020 | **Fecha recepción** | 17/03/2020 | |
| **Fecha formalización** | 17/03/2020 | **Fecha liquidación** | 02/04/2020 | **Vigencia desde** | 21/04/2019 | **hasta** | 21/04/2020 | | |
| **Póliza** | 4217789 | **Nro Interno** | | | | | | | |
| **Id tomador** | 0 | **Nombre tomador** | | | | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Id accidentado** | 1080260929 | **Nombre** | FRANCISCO ZUÑIGA LUNA | | | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Diagnósticos** | S701 | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA | | | |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | | 100% | 20,800 | 0 | 20,800 |
| 1 | 21102 | BRAZO, PIERNA, RODILLA, FÉMUR, HOMBRO, OMOPLATO | | 100% | 64,100 | 0 | 64,100 |
| 1 | 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | NO SE RECONOCE 39143 NO PERTINENTE SEGUN LO SOPORTADO SE HOMOLOGA A 39132 | 100% | 50,600 | 7,300 | 43,300 |
| 1 | 39145 | CONSULTA DE URGENCIAS | | 100% | 57,600 | 0 | 57,600 |
| 1 | 77701 | CLORURO DE SODIO | NO SE RECONOCE SSN 500ML COBRO NO PERTINENTE YA QUE SE ENCUENTRA INCLUIDO EN 39202 | | 4,819 | 4,819 | 0 |
| 1 | 77701 | MEDICAMENTOS | | | 16,120 | 0 | 16,120 |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | **12,119** |
| **9023** | **Pago Neto** | **201,920** |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | **214,039** |

| | |
|---|---|
| Liquidación: KATHERIN.RIVERA | Aprobación: |
| Revisó: | Vo. Bo. CLAUDIA MORENO |

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

RECIBIDO 16 ABR 2020

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

**CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436**

**SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.**

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

RDO

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.03.02 | 09:46:57 | 2020.04.16 |

**FACTURA DE VENTA No.** FEC1 - 1402

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 )
NIT: 860002400 LA PREVISORA S.A.
DIRECCION: CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC

**TIPO CONTRATO** EVENTO
TELEFONO: 8711773

**VIA DE INGRESO** AMBULATORIA
ORDEN SS 89521,91310

**CONTRATO/PLAN** 001 01 SOAT
**REGIMEN** OTRO REGIMEN
**AUTORIZACION**
**FEC-HOR INGRES/FEC-HORA EGRESO** 2020.01.24 - 12:05 2020.02.21 - 17:21

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
DOCUMENTO: TI - 1003894825 MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA
EDAD : 17 Anos
DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20 NEIVA
TELEFONO: 3114782936

OBSERVACIONES: ADM: 89521,91310

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** | | | | | | | | | | | |
| | 1i Interv 100% | | | | | | | | | | |
| 16315 | RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN MANDIBULA ART 87 | 21-Feb-2020 | 39003 | 1 | 05 | 100.0% | 1-CIRUJANO | HRN | 1 | 171,500 | 171,500 |
| 39103 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO | 21-Feb-2020 | 39103 | 1 | 05 | 100.0% | 2-ANESTESI | JHT | 1 | 112,100 | 112,100 |
| 39207 | GRUPO 05 | 21-Feb-2020 | 39207 | 1 | | 100.0% | 3-DER.SALA | CLF | 1 | 305,800 | 305,800 |
| 39302 | GRUPOS 04 05 06 | 21-Feb-2020 | 39302 | 1 | | 100.0% | 4-MATERIAL | CLF | 1 | 124,900 | 124,900 |
| **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | | | | | |
| 028203 | ELECTRODOS MONITOREO 3M. | | | | | | | | 3 | 1,000 | 3,000 |
| | HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO | | | | | | | | 1 | 9,500 | 9,500 |
| 010201 | VENOCAT CATETER # 20 | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| | VICRYL SUTURA # 3-0 BRAUN | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| 452302 | EQUIPO MACROGOTEO | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 908606 | GUANTE EXAMEN TALLA M | | | | | | | | 6 | 0 | 0 |
| 248800 | MASCARA OXIGENO ADULTO | | | | | | | | 1 | 7,000 | 7,000 |
| | EQUIPO EXTENSION ANESTESIA BIOLIFE | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 011301 | AGUJA HIPODER NO.26 X11/2 | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 094400 | TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 | | | | | | | | 1 | 14,700 | 14,700 |
| 010102 | GUANTE ESTERIL 8 .0 | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 010101 | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 066100 | GUANTE ESTERIL NO. 7.5 | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 908606 | GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 015501 | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| 010101 | SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG | | | | | | | | 1 | 4,700 | 4,700 |
| | COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| **MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 9 | 0 | 0 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 120 | 0 | 0 |
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 20067651 | DICLOFENACO 75MG /3ML | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 19924285 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 52222-01 | ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 49658-06 | OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION | | | | | | | | 55 | 0 | 0 |
| 2203-02 | CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 20006845 | DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |

Yaneth.

Grupo MOK - Previsora

17 MAR 2020

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***

***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 26c232cde50c885de43b9ecdb0fda56578c27992680f56a4b93dc6233bc882b2d2ed2d0966a42f95e75809b244cc105b

43

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

**CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436**

**SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.**

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.03.02 | 09:46:57 | 2020.04.16 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 1402

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OTROS | | | | | | | | | | | |
| 36100 | CONSULTA ESPECIALIZADA | 2020.01.24 | 890204 | | HRN | | | | 1 | 41,300 | 41,300 |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2020.02.21 | 890202 | | HRN | | | | 1 | 43,300 | 43,300 |
| 39139 | CONSULTA PREANESTESICA | 2020.02.21 | 890202 | | JHT | | | | 1 | 43,300 | 43,300 |

| VALOR BRUTO: | 881,100 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 881,100 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIEN PESOS M/CTE.**********

**REPRESENTANTE LEGAL**

**Aceptada, LA ENTIDAD**

**FACTURADOR :** IYM INGRID YISETH MURCIA BERREIRO

Grupo MOK - Previsora
17 MAR 2020

**SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013**

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***

***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 26c232cde50c885de43b9ecdb0fda56578c27992680f56a4b93dc6233bc882b2d2ed2d0966a42f95e75809b244cc105b

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800.110.181-9

ABONO 1 $ 758.600 → 16-6-20

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 122.500

CRISTIAN MUÑOZ

CARTERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Usuario: CAROLINA GUZMAN CAMELO

No.Radicado

Fecha Radicaci¾n: D D M M A A A A

RG [ ]

No. Radicado Anterior
{Respuesta a glosa, marcar x en RG}

Nro. Factura \Cuenta de Cobro: 1402

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Codigo Habilitacion: 410010046601 Nit: 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| MACIAS | PASTRANA |
| **1er.Nombre** | **2do.Nombre** |
| MARIA | FERNANDA |

Tipo de Documento: CC CE PA [X] TI RC AS MS — No. Documento: 1003894825

De: 41001 Fecha de Nacimiento: 19/07/2002 Sexo: [X] F [ ] M

Direcci¾n: CRA52 N 32-39

Departamento: HUILA Cod. 41 Telefono: 3114782936

Municipio: NEIVA Cod. 001

Condicion del accidentado: [ ] Conductor [ ] Peaton [X] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:

Accidente de Transito [X]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Naturales: | Sismo | [ ] | Maremoto | [ ] | Erup. Volcanicas | [ ] | Huracßn [ ] |
| | Inundaciones | [ ] | Avalancha | [ ] | Desliz. de Tierra | [ ] | Incendio Natural [ ] |
| Terroristas: | Explosi¾n | [ ] | Masacre | [ ] | Mina Antipersonal | [ ] | Combate [ ] |
| | Incendio | [ ] | Ataques a Municipios | [ ] | Desplazados | [ ] | |

Otros [ ] Cual?

Direcci¾n de la Ocurrencia: KM 2 VIA NACIONAL

Fecha Evento/Accidente: 14/10/2019 Hora: 07:00

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: RIVERA Cod. 615 Zona: U [X] R

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD OCUPANTE DE MOTO PLACA BFR37F POR UN HUECO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES

## IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Aseg. [X] No Aseg. [ ] Vehi. Fantasma. [ ] P¾liza falsa [ ] Vehiculo en Fuga [ ]

Marca: YAMAHA Placa: BFR37F

Tipo de Servicio: Particular [X] Publico [ ] Oficial [ ] Vehiculo de Emergencia [ ]

Vehiculo de Servicio diplomßtico o consular [ ] Vehi. de transporte masivo [ ] Vehi. Escolar [ ]

Codigo Aseguradora: AT1324 intervenci¾n de la Auto. Si [ ] No [X]

Poliza SOAT No 1308004236530000 Cobro excedente P¾liza Si [ ] No [X]

Vigencia de la Poliza: Desde: 23/08/2019 Hasta: 22/08/2020

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| PASTRANA | MONTERO |
| **1er.Nombre** | **2do.Nombre** |
| ROSA | MARIA |

Documento de identidad: [X] CC CE PA NIT TI RC — No. Documento 36067332

Direccion: NO REGISTRA

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001 Telefono: NO REGISTR

31

Total Folios: 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | |
|---|---|
| LOPEZ | ROJAS |
| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
| MILLERLAN | |
| 1er.Nombre | 2do.Nombre |

**Tipo de Documento:** CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075296301

**Direcci¾n:** SAN BERNARDO

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3114782936

**Municipio:** RIVERA **Cod.** 615

## VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** 14/10/2019 a las 07:37

**Prestador que remite:** ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO **C¾digo de inscripci¾n:** 416150051801

**Direccion:** CLL 5 N 11 05 **Telefono:** 8387144 HUILA-RIVERA

**Profesional que Remite:** MISAEL POBLADOR **Cargo:** MEDICO GENERAL

**Fecha de Aceptaci¾n:** 14/10/2019 a las 09:24

**Prestador que recibe:** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

**Direccion:** CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

**Profesional que recibe:** YEISON GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia BÃsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 14/10/2019 **a las** 09:24 **Fecha de Egreso:** 21/02/2020 **a las** 17:21

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**

**Diagnostico definitivo de Ingreso**

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

**Diagnostico relacionado de Ingreso**

**Diagnostico presuntivo de Egreso**

**Diagnostico definitivo de Egreso**

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

**Diagnostico relacionado de Egreso**

| | |
|---|---|
| ROMERO | ABRIL |
| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
| JOHN | HAHLER |
| 1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante | 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante |

**Tipo Documento** CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 93239540

**N·mero de Registro de MÚdico** 675/10

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 881100 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**1003894825 - 30504**

FECHA EMISION: 20.02.28
HORA: 17:52:28

**PACIENTE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA

DOC.IDENT: TI 1003894825 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20
FCHA.NACTO: 02.07.19 EDAD: 17 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3114782936
EST.CIVIL: SOLTERO RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 19.10.14 HORA DE INGRESO: 09:24
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 20.02.21 HORA DE EGRESO: 17:21
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S019 - HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
CONFIRMADO: S097 - TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
RELACIONADO1: -

**FECHA: 19.10.14-09:45:03 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PÁCIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO PLACA BFR37F CUANDO POR UN HUECO AL ESQUIVARLO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****

PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD, QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DEL HOSPITAL DE RIVERA, HUILA. LA VALORO A LAS 09:24 AM, REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO ALREDEDOR DE LA 7:00 AM DEL DIA DEL HOY. INGRESA CON CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN POLITRAUAMTISMO POSTERIOR AL CAER DE LA MOTOCILCETA, REFIERE QUE EN EL MOMENTO PRESENTA DOLOR EN CARA, DOLOLR EN ARACADA DENTAL Y EXTREMIDADES, LA PACIENTE REFIERE QUE NO HA PRESENTADO PERDIDAD DE LA CONCIENCIA, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA DOLOR PRECORIAL, REFIERE DIURESIS PRESENTE.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 120/80 FC: 100 FR: 18 TEMP: 36 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, SE EVIDENCIA HERIDA EN MENTON DE +- 5 CM DE LONGITUD, SIN SANGRADO ACTIVO, PROFUNDA, CON EXPOSICION OSEA, ADEMAS SE EVIDENCIA HERIDA EN MUCOSA DE LABIO INFERIOR DE +- 3 CM DE LONGITUD NO TRANSFIXIANTE, CON COMPROMISO DE MULTIPLES PEIZAS DENTALES, PRESENRA EDEMA Y HERIDA EN DORSO NASAL, CON DOLOR A LA DIGITOPRESION, CON HERIDA SUEPRFICIAL EN POUNTRA DE NARIZ DE +- 1.5 CM DE LONGITUD. OJOS: MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LAS LUZ, NO HAY LESIONES EN CÓRNEA, NI EN CONJUNTIVAS.
<<CUELLO>>
CUELLO: MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS, SIN DOLOR.
<<TORAX>>
C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, EXPANSIÓN TORÁCICA NORMAL. SE EVIDENCIA ABRASION EN MAMA DERECHA DE +- 10 CM DE DIAMETRO CON EXUDADO ESCASO, SIN SANGRADO ACTIVO, CON DOLOR LEVE A LA DIGITOPRESION.
<<ABDOMEN>>

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ABD: RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS. CON ABRASIONES EN PARED ABDOMINAL, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES.
<<GENITOURINARIO>>
GENITOURINARIO: NORMAL, SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
PELVIS: ESTABLE, SIN LESIONES, SIN DOLOR.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CANALIZADO EN PLIEGUE DE CODO DERECHO, CON ABRASION EN REGION DORSAL DE MUÑECA DERECHA, CON HERIDA DE +- 4 CM DEN TERCIO MEDIO CARA LAREAL DE PIERNA IZQUIERDA, SIN SNAGRADO ACTIVO, SIN COM,PROMISO DE PLANOS PROFUNDOS, SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.
<<NEUROLOGICO>>
SNC: ALERTA, PINRAL, ORIENTADA, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO.
<<PIEL>>
LO DESCRITO.
<<FANERAS>>
SIN LEISONES

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADA, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDA, CON CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON POLITRAUMATISMO SECUNDARIOA ACCIDENTE DE TRANSITO, ACTUALMETNE CON EDEMA EN DORSO NASAL, CON INTENSO DOLOR A LA DIGITOPRESION, CN HERIDA COMPLEJA EN MENTON, ADEMAS CON COMPROMISO DE PIEZAS DENTALES EN ARACADA SUPERIOR E INFERIOR, CON DOLOR A LA APERTURA ORAL, DECIDO COLITAR VALORACION POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, ADEMAS DECIDO COLICTAR IMAGENES DIAGNOSTICAS, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, CON GLASGOW 15/15, PACIENTE SIN PERDIDA DE LA CONCIENCIA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO.

**FECHA: 19.10.14-09:59:46 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PASAR A SALAS DE SURTURAS PARA SUTURA DE HERIDA EN PIERNA

**FECHA: 19.10.14-09:59:50 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 13 - SALA DE SUTURAS
HORA INICIAL/FINAL: 10:00 / 10:15 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA VIA: QUIEN REALIZA: JOHN HAHLER ROMERO ABRIL

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR EL PACIENTE ACEPTA, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA,

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

SE REALIZA LAVADO CON SSN 0.9%, SE APLICA ANESTÉSICO LOCAL, SE REALIZA SUTURA CON PROLENE 3/0, EN TOTAL 06 PUNTOS, SE REVISA HEMOSTASIA, SE LIMPIA Y SE CUBRE CON GASAS ESTÉRILES. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

**FECHA: 19.10.14-10:00:03 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **

EN SALA DE:SALA DE SUTURAS

SUTURA

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR EL PACIENTE ACEPTA, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA LAVADO CON SSN 0.9%, SE APLICA ANESTÉSICO LOCAL, SE REALIZA SUTURA CON PROLENE 3/0, EN TOTAL 06 PUNTOS, SE REVISA HEMOSTASIA, SE LIMPIA Y SE CUBRE CON GASAS ESTÉRILES. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

**FECHA: 19.10.14-10:03:40 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA CANT: 6

DICLOFENACO 75MG /3ML CANT: 3

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER CANT: 4 PASAR A 80 CC HORA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 6 PARA DILUIR MTOS

HOSPITALIZACION.

OBSERVACION

NADA VIA ORAL

CABECERA A 30°

SSN 0.9% PASAR A 80 CC HORA.

CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS.

DICLOFENAC 75 MG IV CADA 8 HORAS LENTO Y DILUIDO.

SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.

SS: VALORACION POR ODONTOLOGIA

SS: TAC DE CARA - MAXILAR INFERIOR.

SS: RADIOGRAFIA DE HUESOS PROPIOS.

PROTOCOLO ANTICAIDAS.

ACOMPAÑANTE PERMANENTE

CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS.

**FECHA: 19.10.14-12:11:15 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SE EVIDENCIA EN IMAGENES DIAGNOSTICAS:
FRACURA DE HUESOS PROPIOS.
RACTURA DE MAXILAR INFERIOR.

**FECHA: 19.10.14-12:52:53 // AREA: VALORACION X ESPECIALISTA (INT // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

ACCIDENTE DE TRANSITO. PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA. AL PARECER HUBO PERDIDA DEL ALERTA. SOMOS LLAMADOS A INTERCONSULTA POR HERIDAS COMPLEJAS EN CARA.

AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.
TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS
EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO: LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS + SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA. SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR LA CONDUCTA A SEGUIR Y REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
- NADA VIA ORAL
- PASAR A SALAS DE CIRUGIA
- CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO
- RESTO IGUAL

**FECHA: 19.10.14-13:00:09 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

**** DESCRIPCION DEL ESPECIALISTA ****

ACCIDENTE DE TRANSITO. PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA. AL PARECER HUBO PERDIDA DEL ALERTA. SOMOS LLAMADOS A INTERCONSULTA POR HERIDAS COMPLEJAS EN CARA.

AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.
TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS
EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO: LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS + SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES 20

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EN CARA. SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR LA CONDUCTA A SEGUIR Y REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
- NADA VIA ORAL
- PASAR A SALAS DE CIRUGIA
- CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO
- RESTO IGUAL

**** DIAGNOSTICOS ****
S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
S819-HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

**FECHA: 19.10.14-15:39:20 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

** ORDENES MEDICAS:

VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL

VALORACION POR ODONTOLOGIA

VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.14-15:39:01 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA POR INDICACION DE CIRUGIA PLASTICA.

**FECHA: 19.10.14-16:00 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: YEISON GOMEZ LEDESMA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN



25

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HORA INICIAL/FINAL: 16:00 / 16:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
CURETAJE OSEO, MAXILAR O MANDIBULAR VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 6820
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: CARA: HERIDA DE 3 CM EN PUNTA NASAL QUE SE EXTIENDE A COLUMELA CON BORDES NECROTICOS E IRREGULARES; 2 HERIDAS DE 2 CM CADA UNA EN DORSO NASAL, PROFUNDAS, CON BORDES IRREGULES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 4 CM, PROFUNDA, CON EXPOSICION DE TEJIDO GRASO. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, CON BORDES IRREGULARES, CON EXPOSICION DE MANDIBULA (FRACTURA ABIERTA) CON ABUNDANTE CUERPO EXTRAÑO (TIERRA IMPACTADA).

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA LAVADO CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA + ISODINE, SE DESBRIDAN BORDES IRREGULARES. MACERADOS Y NECROTICOS. SE PROCEDE A REALIZAR SUTURA DE HERIDAS EN DORSO NASAL (2 HERIDAS) Y EN PUNTA - COLUMELA (1 HERIDA) CON PROLENE 6-0. SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL (1 HERIDA) CON VICRYL 4-0. EN LA HERIDA EN MENTON SE REALIZA CURETAJE OSEO Y SE RETIRAN CUERPOS EXTRAÑOS (TIERRA) Y SE PROCEDE A REALIZAR SUTURA POR PLANOS CON VICRYL 4-0 Y PROLENE 5-0. SE DEJAN HERIDAS EXPUESTAS.

SANGRADO ESCASO, NO COMPLICACIONES.

**FECHA: 19.10.14-16:27:28 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
NIEGA
AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.
TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS
EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.10.14-16:30:22 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

NIEGA

AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.

TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS

EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

**FECHA: 19.10.14-16:40:19 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML CANT: 2 4 GRAMOS ENDOVENOSOS DILUIDOS DOSIS UNICA

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP CANT: 2 90 MG ENDOVENOSOS DOSIS UNICA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE MAXILAR INFERIOR MAS DESBRIDAMIENTO MAS SUTURA DE HERIDAS EN CARA Y MUCOSA ORAL MAS DERMOABRASION PARCIAL CARA Y AREA GENERAL. SE ORDENA ANALGESIA POP

**FECHA: 19.10.14-17:35:39 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

NO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

SALIDA. CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.14-17:35:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

** MEDICAMENTOS:

- CEFRADINA 500 MG TAB.....21
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

- DOLEX 500 MG TAB.....20
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

- APRONAX 250 MG TAB.....20
TOMAR 1 CADA 12 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

- CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 20 DIAS

- NO SOL POR 3 MESES

- RETIRO DE PUNTOS EN 6 DIAS; NO RETIRAR LOS PUNTOS DE MUCOSA ORAL (SE CAEN SOLOS)

- TOMAR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ORDENADOS

- BUENA HIGIENE ORAL (CEPILLADO Y ENJUAGUE BUCAL)

- ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE. SE INDICA SALIDA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.
NO

**FECHA: 19.10.15-08:56:28 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.15-08:55:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2019.10.15 FIN: 2019.11.13

**FECHA: 19.10.21-09:07:06 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. ECF - ESTEFANY CLEVES FACUNDO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,**

52

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:50 / 09:00 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ESTEFANY CLEVES FACUNDO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

08:50 USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 17 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN NARIZ Y EN MENTON SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 2 CM EN NARIZ Y EN MENTON 5 CM FORMA REGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, SIN SIGNOS DE DEHISCENCIA NO SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNOS DE INFECCION, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION, QUEDANDO CUBIERTA CON GASA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION + MICROPORE.

09:00 EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

**FECHA: 19.10.25-12:26:08 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
CONSULTA MAXILOFACIAL

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : PINRAL POSITIVO MOTILIDAD OCULAR CONSERVADA , NO DIPLOPIA , APERTURA ORAL LIMITADA POR DOLOR , OCLUSION INESTABLE .
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS :
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
FRACTURA CONDILAR I ZQUIERDA
FRACTURA CONDILAR DERECHA
FRACTURA MULTIPLE EN SINTESIS CON MINUTA .

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

VALORACION CON ANESTESIOLOGO

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HEMOGRAMA COMPLETO
PT
PTT
BUM
PARCIAL DE ORINA

** ORDENES Qx:

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS :
SISTEMA 2.0 MM PLACAS CONDILARES # 2.0 CON 12 TORNILLOS DE 2.0MM X 9 MM
SISTEMAS DE RECONSTRUCCION MANDIBULAR DE 2.3 MM 1 PLACA RECTA DE 6 ORIFICIOS CON PUENTE # 1
1 PLACA RECTA DE 4 ORIFICIOS CON PUENTE # 1
4 TORNILLOS DE 9MM X 2.3
6 TORNILLO DE 2.3 X 12MM
TORNILLOS DE INTERFIJACION MAXILAR 6
ALAMBRE DE LIGADURA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CONSULTA EXTERNA POR MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.25-12:26:05 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**FECHA: 19.11.29-15:49:26 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
ASISTE PARA REDUCCION ABIERTA DE HUESOS DE CARA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
NORMAL

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS ALTERACIONES CON FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR CON APERTURA ORAL LIMITADA,
CUELLO : MOVIL,
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.11.29-15:54 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: HUGO RAFAEL NAVARRO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 15:54 / 16:30 DURACION: 00:35

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO

No. DESCRIPCION: 7109
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA QUIRURGIA SE REALIZA INCISIONES DE KEEN BILATERALES SE DISECA POR PLANOS SE EXPONEN FRACTURAS SUBCONDILARES , SE ESTABILIZA OCLUSION; SE REFRACTURA EN LA SINFISIS CON CINCEL Y MARTILLO . SE COLOCA ALAMBRE DE LIGADURA REDUCIENDO UNA FRACTURA DENTOALVEOLAR DE INCISIVOS CENTRLES INFERIORES , SE VERIFICA ESTABILIDAD DE LA OCLUSION SE CLOCAN 4 TORNILLOOS DE 12 MM X 2.0 MM Y ALAMBRE LIGADURA 0.18MM . EN LA SINFISIS SE COLOCA BASALMENTE UNA PLACA DE 6H CON PUENTE DE 2.0MM Y SE FIJA CON 6 TORNILLO DE 12MM X 2.0 Y SUPERIOR SE COLOCA UNA PLCA DE 4 H DE 2.0MM Y SE FIJA CON 4 TORNILLO S2.0MM SE VERIFUCA ESTABILIDAD DE LA OCLUSION SE LAVA Y SE SUTURA CON VICRYL 3.0 SE TERMINA PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES .

**FECHA: 19.11.29-15:54:10 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLAN:
PASAR A QUIROFANO
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER CANT: 2 500CC EN BOLO IV Y CONTINUAR A 50CC HORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 2 PARA DILUIR MEDICAMENTOS
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA CANT: 2 2MG IV DOSIS UNICA
DICLOFENACO 75MG /3ML CANT: 1 75MG DOSIS UNICA IV

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SE CONISDERA PASARA A QUIROFANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.11.29-17:03:43 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

ASISTE PARA REDUCCION ABIERTA DE HUESOS DE CARA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

NORMAL

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS ALTERACIONES CON FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR CON APERTURA ORAL LIMITADA,
CUELLO : MOVIL,
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 19.11.29-17:15:45 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLAN:
SALIDA
** MEDICAMENTOS:

NAPROXENO TABLETAS X 250 MG # 20 TOMAR 1 CDA 8 HORAS
CEFALEXINA TABLETAS X 500 MG # 20 TOMAR 1 CDA 6 HORAS
CONTROL MAXILOFACIAL EN 30 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS
USO DE ENJUAGE BUCAL 3 VECES AL DIA
VENIR POR URGENCIAS CASO DE COMPLICACIONES
PEDIR CITA CON ANTELACION

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE EN POP INMEDIATO DESCRITO, SE CONISDERA EGRESO CON FORMULA MEDICA.

**FECHA: 19.12.13-11:29:40 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
VIENE A CONTROL POST-OPERATORIO DE REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS FACIALES

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : OCLUSION ESTABLE ,FRACTURA DENTOALVEOLAR ESTABLE , FIJACION INTERMAXILAR ESTABLE Y EN POSISCION
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS :
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL EN 30 DIAS CON ESPECIALIDAD MAXILOFACIAL .

**FECHA: 20.01.24-12:05:47 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
MAXILOFACIAL

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : PINRAL POSITIVO + MOTILIDAD OCULAR CONSERVADA NO DIPLOPIA APERTURA ORAL NORMAL OCUSION ESTABLE .
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS :
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

** ORDENES MEDICAS:

SE PROGRAMA PARA EL 14/ FEBRERO/2020 PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CONSULTA MAXILOFACIAL



17

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

FECHA-HORA DE EGRESO: 2020.01.24-12:15:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**FECHA: 20.02.21-14:16:52 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

INGRESA PACIENTE PARA CX. PROGRAMADA DE MAXILOGFACIAL.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

NIEGA
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 20.02.21-15:15:19 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

INGRESA PACIENTE PARA CX. PROGRAMADA DE MAXILOGFACIAL.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

NIEGA
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 20.02.21-15:20 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

16

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

MEDICO CIRUJANO: HUGO RAFAEL NAVARRO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 15:20 / 16:00 DURACION: 00:39

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN MANDIBULA ART 87 VIA: 1 MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO
*** NO REGISTRA *** VIA: MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO

No. DESCRIPCION: 7588
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PROCEDE A INCISION DE NEUMANN SE DISECA POR PLANOS SE EXPONE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS SE RETIRAN 4 TORNILLOS DE 12 MM SISTEMA 2.0 MM Y ALAMBRE DE LIGADURA.
SE SUTURA CON VICRYL.
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES .

**FECHA: 20.02.21-16:51:40 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML CANT: 2 4 GRAMOS ENDOVENOSOS DILUIDOS DOSIS UNICA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP CANT: 2 80 MG ENDOVENOSOS DILUIDOS DOSIS UNICA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA RETIRO DE MATERIAL DE SINTESIS DE FIJACION INTERMEXILAR Y CERCLAJE. SE ORDENA ANALGESIA POP

**FECHA: 20.02.21-17:21:26 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: MAXILO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2020.02.21-17:21:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

PLAN:

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EGRESO CON FORMULA MEDICA
** MEDICAMENTOS:

NAPROXENO TABLETAS X 250 MG # 20 TOMAR 1 CDA 8 HORAS
CEFALEXINA TABLETAS X 500 MG # 20 TOMAR 1 CDA 6 HORAS
GENTAMICINA GOTA OFTALMICAS 2 GOTAS EN CDA OJO 3 VECES AL DIA
CONTROL MAXILOFACIAL EN 30 DIAS
USO DE ENJUAGE BUCAL 3 VECES AL DIA
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS
VENIR POR URGENCIAS CASO DE COMPLICACIONES
PEDIR CITA CON ANTELACION

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, BUENA EVOLUCION POP, SE CONISDERA EGRESO CON FORMULA MEDICA.

| **DIAGNOSTICOS AL EGRESO** | **TIPO** | **GRADO** |
|---|---|---|
| CONFIRMADO: S026 - FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR | | |

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. John Hayler Romero A.
MEDICINA GENERAL
R.M 675/10
C.C. 93.235.340

***Registro Medico:***

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 7588

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -91310 Fecha 21/02/20

Nombre Paciente: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA 1003894825 Edad: 17 Sexo: F

Hora inicio 15:20 Hora fin: 16:00 Duraci¾n: 00:39 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HRN- HUGO RAFAEL NAVARRO Ayudante: MMP- MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA

Anestesi¾logo JHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO Instrumentacion SINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

| Diagn¾sticos Pre-Operatorios: | Diagn¾sticos Post-Operatorios: |
|---|---|
| 1. S028-FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA | 1. S028-FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA |

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| 16315 | RETIRO MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN MANDIBULA ART 87 | HRN | 1 - 1i Interv 100% |
| | | HRN | - |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: PREVIA PARADA DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS, ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PROCEDE A INCISION DE NEUMANN SE DISECA POR PLANOS SE EXPONE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS SE RETIRAN 4 TORNILLOS DE 12 MM SISTEMA 2.0 MM Y ALAMBRE DE LIGADURA.
SE SUTURA CON VICRYL.
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES .

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen



CIRUJANO

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

**1003894825**

**ADMISION N_:** 91310

**NOMBRE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA **Num. Id-:** TI 1003894825
**FECHA NACIMIENTO:** 2002.07.19 **EDAD:** 17 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
**FECHA DE INGRESO:** 2020.02.21 **HORA DE INGRESO:** 14:16:52 **Fecha/Hora de registro:** 2020.02.21 14:16
**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3114782936
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:**
**OBSERVACION** (Inst)

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2020.02.21

<< REGISTRO: 14:16:52 >> (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)

**MOTIVO DE LA ATENCION:** 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
**TIPO DE CONSULTA:** CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** IMPRESION DIAGNOSTICA

**MOTIVO CONSULTA**

INGRESA PACIENTE PARA CX. PROGRAMADA DE MAXILOGFACIAL.

**REVISION POR SISTEMA**

NIEGA

**ANTECEDENTES**

--><<2019.10.14-09:45:03>>, (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 83184
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A FUR: 01/10/2019.

--><<2019.10.14-16:09:00>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 83195

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2019.10.14-16:27:28>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 83195
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 1/10/2019

--><<2019.10.14-16:30:22>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 1003894825

**ADMISION N_:** 91310

**NOMBRE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA **Num. Id-:** TI 1003894825

**FECHA NACIMIENTO:** 2002.07.19 **EDAD:** 17 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S

**FECHA DE INGRESO:** 2020.02.21 **HORA DE INGRESO:** 14:16:52 **Fecha/Hora de registro:** 2020.02.21 14:16

**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3114782936

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:**

**OBSERVACION**

(Inst)

<< REGISTRO: 14:16:52 >> (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)

10 / NO APLICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

H.POSQX: 83195

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 1/10/2019

--><<2019.11.29-15:47:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 86261

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENTO CURETAJE DE MAXILAR INFERIOR

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2020.02.21-16:48:50>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 91310

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACTURA EXPUESTA Y PSOTERIOR OSTEOSINTESIS DE MAXILAR INFERIOR

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 1003894825

**ADMISION N_:** 91310

**NOMBRE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA **Num. Id-:** TI 1003894825

**FECHA NACIMIENTO:** 2002.07.19 **EDAD:** 17 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S

**FECHA DE INGRESO:** 2020.02.21 **HORA DE INGRESO:** 14:16:52 **Fecha/Hora de registro:** 2020.02.21 14:16

**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3114782936

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:**

**OBSERVACION**

(Inst)

<< REGISTRO: 14:16:52 >> (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)

10 / NO APLICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

## ** EXAMEN FISICO **

**SIGNOS VITALES** **TA:** 110/70 **FC:** 78 **FR:** 18 **Tmp:** 36.5 **PESO:** **TALLA:**

**EXAMEN FISICO**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

## ** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

S028 FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA

**EVOLUCION**

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SE CONISDERA PASAR A SALAS DE CX.

**ANALISIS/PLAN**

PLAN:
PASAR A SALAS DE CX.

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: MAXILO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2020.02.21-14:16:34 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

**1003894825**

**ADMISION N_:** 91310

**NOMBRE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA **Num. Id-:** TI 1003894825
**FECHA NACIMIENTO:** 2002.07.19 **EDAD:** 17 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
**FECHA DE INGRESO:** 2020.02.21 **HORA DE INGRESO:** 14:16:52 **Fecha/Hora de registro:** 2020.02.21 14:16
**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3114782936
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:**
**OBSERVACION** (Inst)

## ** SALIDA DEL PACIENTE **

**DESTINO SALIDA:** Remitido a Quirofano **SERVICIO:** MAXILO
**FECHA DE EGRESO:** 2020.02.21 **HORA DE EGRESO:** 14:16:34 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
**ESTADO A LA SALIDA:** VIVO

*Dr. HUGO RAFAEL NAVARRO*
*Registro Medico: RM-242*

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:**

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_ :** 91310 - 9797

NOMBRE: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA C.C. -TI-RC-OTRO 1003894825
EDAD: 17 A FECHA DE NACIMIENTO: 2002.07.19 SEXO: F
DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20 TELEFONO: 3114782936
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**FECHA:** **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:**
2020.02.21 RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD

**ANTECEDENTES:**

HISTORICO

--><<2019.10.14-09:45:03>>, (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 83184
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A
FUR: 01/10/2019.

--><<2019.10.14-16:09:00>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 83195

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2019.10.14-16:27:28>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 83195
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR:
1/10/2019

--><<2019.10.14-16:30:22>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.POSQX: 83195
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR:
1/10/2019

--><<2019.11.29-15:47:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 86261

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENTO CURETAJE DE MAXILAR INFERIOR

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 91310 - 9797

NOMBRE: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA C.C. -TI-RC-OTRO 1003894825
EDAD: 17 A FECHA DE NACIMIENTO: 2002.07.19 SEXO: F
DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20 TELEFONO: 3114782936
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2020.02.21 RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD

**CARDIOVASCULARES:**

**PULMONARES:**

**ANESTÉSICOS:**

**QUIRÚRGICOS:**

**FARMACOLÓGICOS:**

**TÓXICO - ALÉRGICOS:**

**OTROS:**

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2020.02.21-16:48:50>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 91310

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE FRACTURA EXPUESTA Y PSOTERIOR OSTEOSINTESIS DE MAXILAR INFERIOR

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 91310 - 9797

NOMBRE: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA C.C. -TI-RC-OTRO 1003894825
EDAD: 17 A FECHA DE NACIMIENTO: 2002.07.19 SEXO: F
DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20 TELEFONO: 3114782936
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**EXAMEN FISICO:**
**PA:** 1 **FC:** 85 **FR:** 19 **PESO:** 86 **TEMPERATURA:** 37

**CABEZA:**
SIN ALTERACION

**ORL: Mallampaty:**
PRESENCIA DE CERCLAJE INTERMAXILAR CON TORNILLO Y ALAMBRE QUIRURGICO, AUSENCIA DE INCISIVOS SUPERIORES

**CUELLO:**
DMT MAYOR DE 7 CM, DME MAYOR DE 13 CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

**CARDIOVASCULAR:**
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

**PULMONAR:**
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

**ABDOMEN:**
SIN ALTERACION

**EXTREMIDADES:**
SIN ALTERACION

**OTROS:**
SIN ALTERACION

---

**EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:**
**Hto:** **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**
**INR:** **Hemoclasificiación:** **Grupo:**
**P de O:**

**ECG:**

**Rx TORAX:**

**OTROS:**

---

**DIAGNOSTICO:** S026
FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

**PLAN:**
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

**OBSERVACIONES:**

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

---

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

**DEST SALIDA:** Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2020.02.21 **HORA:** 13:10:43

**SERVICIO:** MAXILOFACIAL

---

FIRMA: RM: 11771/90

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA,28-Feb-2020 17:54:1

**ENTIDAD RESPONSABLE** AT13 )
860002400 LA PREVISORA S.A.

**TIPO CONTRATO**
EVENTO

**ANEXO1**

**VIA INGRESO** AMBULATORIA
**MOTIVO** 05 CIRUGIA AMBULATORIA /

**CONTRATO/PLAN**
001 0 SOAT

**REGIMEN**
OTRO REGIMEN

**EDAD**
17 Años

**ANEXO2:**

**Fecha Ingreso:** 2020.02.2 12:00
**Fecha Egreso** :

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
1003894825 MACIAS PASTRANA MARIA

**ESTRATO:**
1 NIVEL I

**MUNICIPIO**
NEIVA

**DIRECCION**
CRA52 N 32-39 LOTE 20

**TELEFONO**
3114782936

| FECHA | Tar | Codigo | Descripción del item | Vendedor | Cantidad |
|---|---|---|---|---|---|
| 2020.02.21 | BPL | HUMIDIFICA | HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO | DPR | 1.00 |
| 2020.02.21 | GMR | MASCARAO | MASCARA OXIGENO ADULTO | DPR | 1.00 |
| 2020.02.21 | SO1 | OXI01 | OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION | DPR | 55.00 |
| 2020.02.21 | ROP | ROXICAINA | ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN | DPR | 20.00 |
| 2020.02.21 | BI | ISODINE | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | DPR | 120.00 |
| 2020.02.21 | BAX | SOLUCION | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | DPR | 6.00 |
| 2020.02.21 | QUI | I ESPUMA | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | DPR | 120.00 |
| 2020.02.21 | 3M | ELECTROD | ELECTRODOS MONITOREO 3M. | DPR | 3.00 |
| 2020.02.21 | BRA | VICRYLNOV | VICRYL SUTURA # 3-0 BRAUN | DPR | 2.00 |
| 2020.02.21 | LIF | AGUJA | AGUJA HIPODER NO.26 X11/2 | DPR | 1.00 |
| 2020.02.21 | LIF | TUBO 7 | TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 | DPR | 1.00 |
| 2020.02.21 | SHE | SONDA | SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG | DPR | 1.00 |
| 2020.02.21 | PRE | JERINGA | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | DPR | 2.00 |
| 2020.02.21 | PRE | JERINGA X | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | DPR | 2.00 |
| 2020.02.21 | ULT | COMPRESA | COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED | DPR | 20.00 |
| 2020.02.21 | CLI | GASA | GASA ESTERIL PAQUETICOS | DPR | 10.00 |
| 2020.02.21 | PAR | BISTURI 15 | HOJA DE BISTURI # 15 | DPR | 2.00 |
| 2020.02.21 | PRE | GUANTES | GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO | DPR | 5.00 |
| 2020.02.21 | MDP | GUANTE 8 | GUANTE ESTERIL 8 .0 | DPR | 5.00 |
| 2020.02.21 | PRE | GUANTE | GUANTE ESTERIL NO. 7.5 | DPR | 5.00 |

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | TI |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1003894825 |
| NOMBRES | MARIA FERNANDA |
| APELLIDOS | MACIAS PASTRANA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | HUILA |
| MUNICIPIO | NEIVA |

## Datos de afiliación :

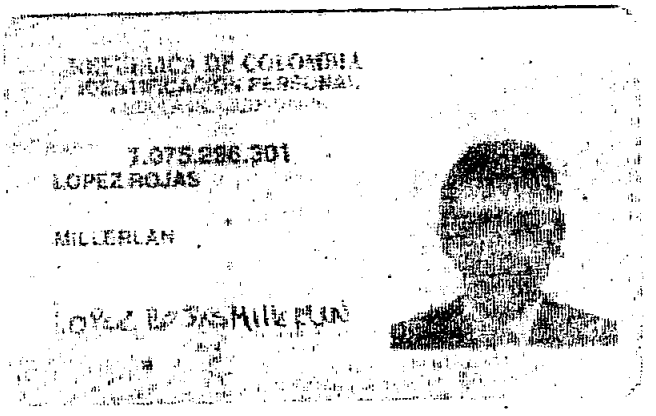
| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA | SUBSIDIADO | 01/10/2015 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 10/14/2019 09:20:55 | Estación de origen: | 190.144.66.174 |
|---|---|---|---|

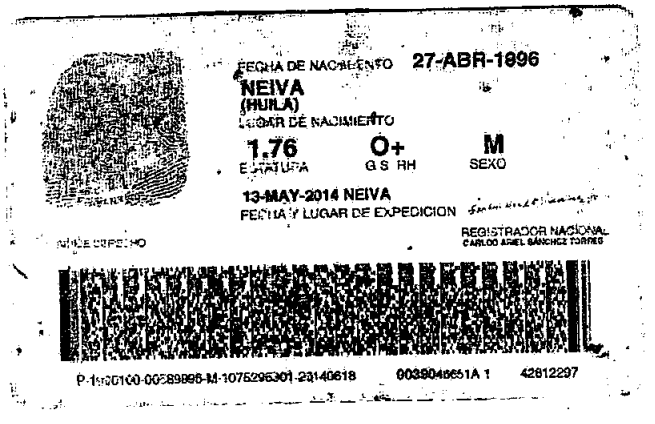
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.



1.075.296.301
LOPEZ ROJAS
MILLERLAN



FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1996
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-MAY-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1102100-00589896-M-1075296301-20140618 0038048651A 1 42812297

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10019063264

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| BFR37F | YAMAHA | XTZ125 | 2020 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 124 | NEGRO ROJO GRIS | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD KG-PSJ |
|---|---|---|---|
| MOTOCICLETA | SIN CARROCERIA | GASOLINA | 2 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| E3Y2E042041 | N | 9FKDE0929L2042041 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| ****** | N | 9FKDE0929L2042041 | N |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

PASTRANA MONTERO ROSA MARIA — C.C. 36067332

---

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: *******

POTENCIA HP: 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902019000162815

MS: I

FECHA IMPORT.: 13/08/2019

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

*******

FECHA MATRÍCULA: 26/08/2019

FECHA EXP. LIC. TRÁ.: 26/08/2019

FECHA VENCIMIENTO: *******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02005643360

# SOAT

PREVISORA SEGUROS

| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL |
|---|---|---|
| 2019-08-22 | 2019-08-23 | 2020-08-22 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004236530000 | BFR37F | MOTOS | PARTICULAR | 124 | 2020 |

| PASAJEROS | MARCA | LÍNEA VERSIÓN | CARROCERÍA |
|---|---|---|---|
| 2 | YAMAHA | ATZ125 | SIN CARROCERIA |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| E3Y2E042041 | 9FKDE0929L2042041 | 9FKDE0929L2042041 | 0.00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| PASTRANA MONTERO, ROSA MARIA | 3114782936 | CC | 36067332 | NEIVA |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 13 | 1325 | 0 | VILLAVIEJA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 121 | $ 318800 | $ 159400 | $ 1900 |

TOTAL A PAGAR

$ 480100

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | LEGALES |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | DIARIOS VIGENTES |

RECUERDE QUE:

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A

•La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o mensaje de texto que le fue enviado por La Previsora S.A.

•En caso de tener inquietudes sobre el proceso marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

**Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil** para evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza, No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Cláusula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a [illegible]

Habeas Data

Declaro que de forma [illegible] autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros para que [illegible] almacene, administre, verifique, [illegible] emisión de esta póliza directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que [illegible] adquiero, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos [illegible] de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales [illegible] adquiero, así como de otros ramos [illegible] enviarme información derivada de [illegible] que preste o [illegible] me haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro así como novedades, referencias y [illegible] de la póliza y demás servicios que surjan de la presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a mis datos personales, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos personales cuando no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

1

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
**CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436**

## RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 14/05/2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-1402 fechada el dia 20.03.02 cuyo paciente es MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA

**HISTORIA No.** 1003894825

**GLOSA No:** ZGL-1-17707 **SINIESTRO:** 95678

**>> ITEM GLOSADO 1:** 1 - GLOSA GENERAL

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 881100.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999
LECTURA DE LAS ATUDAS DIAGNOSTICAS.

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 881100.00 | SE ANEXA LECTURA RX. |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS AL PACIENTE CON LAS CUALES SE PUEDE EVIDENCIAR LAS LESIONES PRESENTADAS Y LA PERTINENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA:** | 881,100.00 |
| **VR ITEMS EN FACTURA:** | 881100.00 |
| **VALOR GLOSADO :** | 881100.00 |
| **ACEPTADO IPS** | 0.00 |
| **VALOR REFUTADO:** | 881100.00 |
| **ACEPTADO EPS** | 0 |
| **CONCILIACION** | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MILENA AMPARO PEREZ
**QUIEN RESPONDE**

PREVISORA SEGUROS
No prometemos, aseguramos

**Recibido!**
**29 de Mayo del 2020**
**40042368**

PREVISORA

SISA -

Bogotá, Abril 03 de 2020.

Señores:
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
**CALLE 18 N 6-65 BARRIO QUIRINAL**
**NEIVA - HUILA**

ASUNTO: FACTURA NRO: FEC11402
ACCIDENTADO: MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO: 95678/2019/13/SEGURO OBLIGATORIO
RADICADO: N132020572911
OBJECIÓN

Respetado(a) Señor (a):

En atención a la solicitud de indemnización radicada en nuestra Compañía, por medio de la cual solicita afectar la póliza Soat No AT-1324-4236530-13-4, que corresponde al vehículo de placas BFR37F, por el amparo en referencia, en virtud del accidente ocurrido el Octubre 14 de 2019 al señor MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA, esta Compañía una vez realizado el proceso de verificación de la documentación aportada, no puede atender favorablemente el objeto de la pretensión, teniendo en cuenta que no fue aportada la totalidad de la documentación.

El Decreto 056 de 2015, en su artículo 36, indica: "Artículo 36. Verificación de requisitos. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.".

Por otra parte, dentro de la misma norma en el Título IV, artículos 26, 27, 28 y 29 se mencionan los documentos exigidos para presentar una solicitud de indemnización por cada uno de los amparos cubierto por las pólizas de SOAT.

Por lo anterior, nos permitimos indicar de manera detallada los documentos que no fueron aportados para poder llenar la totalidad de requisitos exigidos por la normatividad y así poder proceder a realizar el correspondiente análisis de la solicitud de indemnización, estos son:
Lectura de imágenes diagnosticas pre-quirúrgicas con firma y sello del médico radiólogo, teniendo en cuenta que no está soportado y no es posible verificar pertinencia de procedimientos facturados.

RECIBIDO 16 ABR 2020

PREVISORA

Atentamente,

**GLORIA LUCIA SUAREZ DUQUE**

Representante Legal

Revisó:
Abril 03 de 2020

FACTURA NRO: FEC11402
ACCIDENTADO: MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO: 95678/2019/13/SEGURO OBLIGATORIO
RADICADO: N132020572911
OBJECIÓ
N

PREVISORA

## *LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT*
### *Previsora Seguros*

***No. Egreso***

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020572911 | **No.** | 1048410 | **Siniestro** | 95678 | **No.** | FEC11402 | | |
| **Amparo** | 1 | Gastos Medicos, | **Fecha siniestro** | 14/10/2019 | **Fecha aviso** | 18/11/2019 | **Fecha recepción** | 17/03/2020 | |
| **Fecha formalización** | 17/03/2020 | **Fecha liquidación** | 03/04/2020 | **Vigencia desde** | 23/08/2019 | **hasta** | 23/08/2020 | | |
| **Póliza** | 4236530 | **Nro interno** | | | | | | | |
| **Id tomador** | 3473805 | **Nombre tomador** | ROSA MARIA PASTRANA MONTERO | | | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Id accidentado** | 1003894825 | **Nombre** | MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA | | | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Diagnósticos** | S097 | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA | | | |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 77709 | GASTOS MEDICOS | LECTURA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS PRE-QUIRÚRGICAS CON FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RADIÓLOGO, TENIENDO EN CUENTA QUE NO ESTÁ SOPORTADO Y NO ES POSIBLE VERIFICAR PERTINENCIA DE PROCEDIMIENTOS FACTURADOS. | 100% | 881,100 | 881,100 | |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | **881,100** |
| **9023** | **Pago Neto** | **0** |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | **881,100** |

| | |
|---|---|
| Liquidación: OLGA.ALVARADO | Aprobación: |
| Revisó: | Vo. Bo. CLAUDIA MORENO |

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

RECIBIDO 16 ABR 2020

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.05.14 |
| HORA: | 09:12:08 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 38478** Fecha Ex. 14/10/19 Hora 15:50
Nombre Paciente: 1003894825 MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA
Dirección: CRA52 N 32-39 Telefono:3114782936 Edad:17 A Sexo:F
Medico: JOHN HAHLER ROMERO ABRIL Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES Prioridad: ALTA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES

***HALLAZGOS**

Hay dos placas laterales del extremo libre de los huesos propios de la nariz observándose en una de ella imagen de línea radio lucida sobre el tercio medio proximal del extremo libre de los huesos propios de la nariz que puede corresponder a focos de fractura; que eventualmente puede estar relacionado con una solución de continuidad por pequeño foco de fractura?.
Se recomienda aclarar y confirmar este hallazgo.

## TAC DE CARA

***HALLAZGOS**

Se practican cortes axiales y coronales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras óseas de la cara.

HALLAZGOS:
En el examen es evidente la presencia de fractura del puente nasal tanto de su zona central como del ala derecha e izquierda con fragmentos ligeramente desplazados.
El septum óseo nasal no muestra alteraciones.
Las alas esfenoidales, las láminas papiráceas del etmoides y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas no muestra alteraciones.
Los senos frontales, el laberinto etmoidal tienen transparencia normal.
En los senos maxilares se advierten engrosamientos mucoperióstico polipoide del seno maxilar izquierdo.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos no muestran alteraciones.
También se observa imagen de fractura del maxilar superior con fragmentos óseos laminares desprendidos del reborde anterior del maxilar inferior y desprendimiento de la espina nasal de maxilar superior.

## TAC MAXILAR INFERIOR

***HALLAZGOS**

Se practican cortes finos axiales y coronales de alta resolución cubriendo los diferentes segmentos del maxilar inferior.

HALLAZGOS:
En el examen es evidente la presencia de múltiples fracturas que comprometen las ramas ascendentes del maxilar inferior por debajo del cóndilo del maxilar inferior, estas fracturas se advierten anguladas y desplazadas y hay subluxación de la articulación temporo mandibular izquierda.
También se advierten imágenes de fracturas a nivel de la sínfisis del mentón en la línea, un foco de fractura compromete todo el maxilar inferior moderadamente diastasada y desplazada.
Edema de los tejidos blandos adyacentes al maxilar inferior.

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.05.14 |
| HORA: | 09:12:08 |
| PAGINA No: | 2 |

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

RDO

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.03.02 | 09:41:03 | 2020.04.16 |

FACTURA DE VENTA No.
FEC1 - 1401

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 )
**NIT:** 860002400 LA PREVISORA S.A.
**DIRECCION:** CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC
**TELEFONO:** 8711773
**CONTRATO/PLAN** 001 01 SOAT
**REGIMEN** OTRO REGIMEN
**AUTORIZACION**
**TIPO CONTRATO** EVENTO
**VIA DE INGRESO** AMBULATORIA
**ORDEN SS** 83628,86261
**FEC-HOR INGRES/FEC-HORA EGRESO** 2019.10.21 - 08:50 2019.11.29 - 16:30

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
**DOCUMENTO:** TI - 1003894825 MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA
**EDAD :** 17 Anos
**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 NEIVA
**TELEFONO:** 3114782936
**OBSERVACIONES:** ADM: 83628,86261

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** | | | | | | | | | | | |
| | 1i Interv 100% | | | | | | | | | | |
| 16361 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR | 29-Nov-2019 | 39010 | 1 | 12 | 100.0% | 1-CIRUJANO | HRN | 1 | 541,900 | 541,900 |
| 39110 | SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO | 29-Nov-2019 | 39110 | 1 | 12 | 100.0% | 2-ANESTESI | HRN | 1 | 315,800 | 315,800 |
| 39123 | GRUPO 12 | 29-Nov-2019 | 39123 | 1 | | 100.0% | 3-AYUDANT | CLF | 1 | 148,000 | 148,000 |
| 39214 | GRUPO 12 | 29-Nov-2019 | 39214 | 1 | | 100.0% | 4-DER.SALA | CLF | 1 | 868,700 | 868,700 |
| 39304 | GRUPOS 10 11 12 13 | 29-Nov-2019 | 39304 | 1 | | 100.0% | 5-MATERIAL | CLF | 1 | 433,900 | 433,900 |
| | 2i+ #Via, =Ciruj | | | | | | | | | | |
| 16361 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR | 29-Nov-2019 | 39010 | 4 | 12 | 75.00% | 1-CIRUJANO | HRN | 1 | 406,400 | 406,400 |
| 16361 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR | 29-Nov-2019 | 39010 | 4 | 12 | 75.00% | 1-CIRUJANO | HRN | 1 | 406,400 | 406,400 |
| 39110 | SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO | 29-Nov-2019 | 39110 | 4 | 12 | 75.00% | 2-ANESTESI | HRN | 1 | 236,800 | 236,800 |
| 39110 | SERVICIOS PROFESIONAES DEL ANESTESIOLOGO | 29-Nov-2019 | 39110 | 4 | 12 | 75.00% | 2-ANESTESI | HRN | 1 | 236,800 | 236,800 |
| 39123 | GRUPO 12 | 29-Nov-2019 | 39123 | 4 | | 75.00% | 3-AYUDANT | CLF | 1 | 111,000 | 111,000 |
| 39123 | GRUPO 12 | 29-Nov-2019 | 39123 | 4 | | 75.00% | 3-AYUDANT | CLF | 1 | 111,000 | 111,000 |
| 39214 | GRUPO 12 | 29-Nov-2019 | 39214 | 4 | | 50.00% | 4-DER.SALA | CLF | 1 | 434,300 | 434,300 |
| 39214 | GRUPO 12 | 29-Nov-2019 | 39214 | 4 | | 50.00% | 4-DER.SALA | CLF | 1 | 434,300 | 434,300 |
| 39304 | GRUPOS 10 11 12 13 | 29-Nov-2019 | 39304 | 4 | | 75.00% | 5-MATERIAL | CLF | 1 | 325,400 | 325,400 |
| 39304 | GRUPOS 10 11 12 13 | 29-Nov-2019 | 39304 | 4 | | 75.00% | 5-MATERIAL | CLF | 1 | 325,400 | 325,400 |
| **MATERIAL OSTEOSINTESIS, ORTESI** | | | | | | | | | | | |
| | PLACA RECTA DE 2.3 X 6 H | | | | | | | | 1 | 2,451,570 | 2,451,570 |
| | TORNILLO TITANIO DE 2.3 X 11 MM | | | | | | | | 10 | 193,090 | 1,930,900 |
| | PLACA RECTA CM 2.3 X 4H PUENTE CORTO | | | | | | | | 1 | 683,100 | 683,100 |
| | TORNILLO INTERMAXILAR 11MM | | | | | | | | 4 | 576,840 | 2,307,360 |
| **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | | | | | |
| 028203 | ELECTRODOS MONITOREO 3M. | | | | | | | | 3 | 1,000 | 3,000 |
| | HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO | | | | | | | | 1 | 9,500 | 9,500 |
| | PROLENE (DEMELENE) 5-0 DEMETECH | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| 020109 | VICRYL SUTURA # 1 | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 452302 | EQUIPO MACROGOTEO | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 010101 | GUANTES EXAMEN TALLA- M-PRECISION CARE | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 248800 | MASCARA OXIGENO ADULTO | | | | | | | | 1 | 7,000 | 7,000 |
| | EQUIPO EXTENSION ANESTESIA BIOLIFE | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| | PLACA ELECTROCARUTERIO ULTRAMED | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| | TUBO ENDOTRAQUEAL # 7 KRAMER | | | | | | | | 1 | 14,700 | 14,700 |

GRUPO ASE... Grupo MOK - Previsora
17 MAR 2020
DOCUMENTOS RE...

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

Yaneth.

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***

***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 9a18a68993e9c77de354b870aa800b9bd658d8323841cfb5772039109344e63d0fea3aabd06c55a8dde63baf10ef1419

35

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

**CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436**

**SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.**

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.03.02 | 09:41:03 | 2020.04.16 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 1401

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 010102 | GUANTE ESTERIL 8 .0 | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 010101 | HOJA DE BISTURI # 15 | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 066100 | GUANTE ESTERIL NO. 7.5 | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 908606 | GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 015501 | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 010101 | SONDA NELATON NO. 18 SHERLEG | | | | | | | | 1 | 4,700 | 4,700 |
| | COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED | | | | | | | | 15 | 0 | 0 |
| 010101 | LAPIZ PARA ELECTROBISTURI | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 011301 | AGUJA HIPODERMICA N0. 23X 11/2 PRECISION CARE | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| **MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| 19942561 | LACTATO RINGER X 500ML | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 6 | 0 | 0 |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 1 | 4,819 | 4,819 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 120 | 0 | 0 |
| 20072004 | PROPOFOL 1% 10 MG/20ML | | | | | | | | 15 | 0 | 0 |
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| 20067651 | DICLOFENACO 75MG /3ML | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 19903409 | FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML FENTANILO | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| 219143-0 | ISODINE ESPUMA X CC ECAR. | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| 19903245 | ISODINE ESPUMA X3750 CC QUIRUMEDICAS | | | | | | | | 120 | 0 | 0 |
| 31540-02 | ROXICAINA AL 2% SIN EPINEFRINA /50ML | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| 52222-01 | ROXICAINA 1% CON EPINEFRINA ROPSOHN | | | | | | | | 10 | 0 | 0 |
| 49658-06 | OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION | | | | | | | | 15 | 0 | 0 |
| 49658-06 | OXIGENO SUMINISTRADO POR CANULA | | | | | | | | 35 | 0 | 0 |
| 2203-02 | CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA | | | | | | | | 2 | 0 | 0 |
| | SEVORANE 250 ML | | | | | | | | 35 | 0 | 0 |
| 19996775 | ISODINE SOLUCION CC | | | | | | | | 20 | 0 | 0 |
| **OTROS** | | | | | | | | | | | |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2019.11.29 | 890202 | HRN | | | | | 1 | 40,900 | 40,900 |
| 39139 | CONSULTA PREANESTESICA | 2019.11.29 | 890202 | JHT | | | | | 1 | 40,900 | 40,900 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2019.10.21 | S22101 | ECF | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | 2019.10.21 | S22101 | ECF | | | | | 1 | 19,600 | 19,600 |
| ALAMBR | ALAMBRE QUIRURGICO 0.5 MM X 1 MT | 2019.11.29 | ALAMBRE | HRN | | | | | 1 | 13,814 | 13,814 |

Grupo MCK - Previsora
17 MAR 2020

| VALOR BRUTO | 12,867,963 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 12,867,963 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: DOCE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE.**********

**REPRESENTANTE LEGAL** **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** IYM INGRID YISETH MURCIA BERREIRO

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***

***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 9a18a68993e9c77de354b870aa800b9bd658d8323841cfb5772039109344e63d0fea3aabd06c55a8dde63baf10ef1419

34

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800.110.181-9

ABONO 1 $ 10.077.163 → 16-6-20

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 2'790.800

Cristian Muñoz

CARTERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

**Usuario** CAROLINA GUZMAN CAMELO

**Fecha Radicaci¾n:** D D M M A A A A

**No.Radicado**

**RG** [ ]

**No. Radicado Anterior**
**{Respuesta a glosa, marcar x en RG}**

**Nro. Factura \Cuenta de Cobro** 1401

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

**Razon social** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**Codigo Habilitacion:** 410010046601 **Nit:** 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| MACIAS | PASTRANA |
| **1er.Nombre** | **2do.Nombre** |
| MARIA | FERNANDA |

**Tipo de Documento:** CC CE PA TI[X] RC AS MS **No. Documento:** 1003894825

**De:** 41001 **Fecha de Nacimiento:** 19/07/2002 **Sexo:** F[X] M

**Direcci¾n:** CRA52 N 32-39

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3114782936

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001

**Condicion del accidentado:** [ ] Conductor [ ] Peaton [X] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Naturaleza del Evento:**

**Accidente de Transito** [X]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Naturales:** | **Sismo** | [ ] | **Maremoto** | [ ] | **Erup. Volcanicas** | [ ] | **Huracßn** [ ] |
| | **Inundaciones** | [ ] | **Avalancha** | [ ] | **Desliz. de Tierra** | [ ] | **Incendio Natural** [ ] |
| **Terroristas:** | **Explosi¾n** | [ ] | **Masacre** | [ ] | **Mina Antipersonal** | [ ] | **Combate** [ ] |
| | **Incendio** | [ ] | **Ataques a Municipios** | [ ] | **Desplazados** | [ ] | |

**Otros** [ ] **Cual?**

**Direcci¾n de la Ocurrencia:** KM 2 VIA NACIONAL

**Fecha Evento/Accidente:** 14/10/2019 **Hora:** 07:00

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municipio:** RIVERA **Cod.** 615 **Zona:** U R[X]

**Informe del accidente (Relato breve de los hechos):**
PACIENTE EN CALIDAD OCUPANTE DE MOTO PLACA BFR37F POR UN HUECO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES

## IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Estado de Aseguramiento:** **Aseg.** [X] **No Aseg.** [ ] **Vehi. Fantasma.** [ ] **P¾liza falsa** [ ] **Vehiculo en Fuga** [ ]

**Marca:** YAMAHA **Placa:** BFR37F

**Tipo de Servicio:** **Particular** [X] **Publico** [ ] **Oficial** [ ] **Vehiculo de Emergencia** [ ]

**Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar** [ ] **Vehi. de transporte masivo** [ ] **Vehi. Escolar** [ ]

**Codigo Aseguradora:** AT1324 **intervenci¾n de la Auto.** **Si** [ ] **No** [X]

**Poliza SOAT No** 1308004236530000 **Cobro excedente P¾liza** **Si** [ ] **No** [X]

**Vigencia de la Poliza:** **Desde:** 23/08/2019 **Hasta:** 22/08/2020

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

| 1er.Apellido o Razon Social | 2do.Apellido |
|---|---|
| PASTRANA | MONTERO |
| **1er.Nombre** | **2do.Nombre** |
| ROSA | MARIA |

**Documento de identidad:** CC[X] CE PA NIT TI RC **No. Documento** 36067332

**Direccion:** NO REGISTRA

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municipio:** NEIVA **Cod.** 001 **Telefono:** NO REGISTR

33

**Total Folios:** 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | |
|---|---|
| LOPEZ | ROJAS |
| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
| MILLERLAN | |
| 1er.Nombre | 2do.Nombre |

**Tipo de Documento:** CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 1075296301

**Direcci¾n:** SAN BERNARDO

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3114782936

**Municipio:** RIVERA **Cod.** 615

## VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** 14/10/2019 a las 07:37

**Prestador que remite:** ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO **C¾digo de inscripci¾n:** 416150051801

**Direccion:** CLL 5 N 11 05 **Telefono:** 8387144 HUILA-RIVERA

**Profesional que Remite:** MISAEL POBLADOR **Cargo:** MEDICO GENERAL

**Fecha de Aceptaci¾n:** 14/10/2019 a las 09:24

**Prestador que recibe:** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

**Direccion:** CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

**Profesional que recibe:** YEISON GOMEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 21/10/2019 **a las** 09:07 **Fecha de Egreso:** 29/11/2019 **a las** 16:30

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**

**Diagnostico definitivo de Ingreso**

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

**Diagnostico relacionado de Ingreso**

**Diagnostico presuntivo de Egreso**

**Diagnostico definitivo de Egreso**

S097 TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

**Diagnostico relacionado de Egreso**

| | |
|---|---|
| ROMERO | ABRIL |
| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
| JOHN | HAHLER |
| 1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante | 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante |

**Tipo Documento** CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 93239540

**N·mero de Registro de MÚdico** 675/10

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 12867963 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚcnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n contenida en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

32

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**1003894825 - 30504**

FECHA EMISION: 20.03.05
HORA: 09:51:30

**PACIENTE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DOC.IDENT: | TI 1003894825 | SEXO: | FEMENINO | DIRECCION: | CRA52 N 32-39 | | |
| FCHA.NACTO: | 02.07.19 | EDAD: | 17 A | CIUDAD: | NEIVA | TEL: | 3114782936 |
| EST.CIVIL: | SOLTERO | RH: | A+ | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| SERVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS | FECHA DE INGRESO: 19.10.14 | HORA DE INGRESO: 09:24 |
| SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS | FECHA DE EGRESO: 19.11.29 | HORA DE EGRESO: 16:30 |
| ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A. | | |

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S019 - HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
CONFIRMADO: S097 - TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
RELACIONADO1: -

**FECHA: 19.10.14-09:45:03 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PÁCIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO PLACA BFR37F CUANDO POR UN HUECO AL ESQUIVARLO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****

PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD, QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DEL HOSPITAL DE RIVERA, HUILA. LA VALORO A LAS 09:24 AM, REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO ALREDEDOR DE LA 7:00 AM DEL DIA DEL HOY. INGRESA CON CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN POLITRAUAMTISMO POSTERIOR AL CAER DE LA MOTOCILCETA, REFIERE QUE EN EL MOMENTO PRESENTA DOLOR EN CARA, DOLOLR EN ARACADA DENTAL Y EXTREMIDADES, LA PACIENTE REFIERE QUE NO HA PRESENTADO PERDIDAD DE LA CONCIENCIA, NIEGA SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NIEGA DOLOR PRECORIAL, REFIERE DIURESIS PRESENTE.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 120/80 FC: 100 FR: 18 TEMP: 36 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
NORMOCÉFALO. MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, SE EVIDENCIA HERIDA EN MENTON DE +- 5 CM DE LONGITUD, SIN SANGRADO ACTIVO, PROFUNDA, CON EXPOSICION OSEA, ADEMAS SE EVIDENCIA HERIDA EN MUCOSA DE LABIO INFERIOR DE +- 3 CM DE LONGITUD NO TRANSFIXIANTE, CON COMPROMISO DE MULTIPLES PEIZAS DENTALES, PRESENRA EDEMA Y HERIDA EN DORSO NASAL, CON DOLOR A LA DIGITOPRESION, CON HERIDA SUEPRFICIAL EN POUNTRA DE NARIZ DE +- 1.5 CM DE LONGITUD. OJOS: MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LAS LUZ, NO HAY LESIONES EN CÓRNEA, NI EN CONJUNTIVAS.
<<CUELLO>>
CUELLO: MOVIMIENTOS CERVICALES CONSERVADOS, SIN DOLOR.
<<TORAX>>
C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESONANTES, SIN SOBREAGREGADOS, MV CONSERVADO EN ACP, EXPANSIÓN TORÁCICA NORMAL. SE EVIDENCIA ABRASION EN MAMA DERECHA DE +- 10 CM DE DIAMETRO CON EXUDADO ESCASO, SIN SANGRADO ACTIVO, CON DOLOR LEVE A LA DIGITOPRESION.
<<ABDOMEN>>

31

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ABD: RSIS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS. CON ABRASIONES EN PARED ABDOMINAL, SIN SANGRADO, SIN SECRECIONES.
<<GENITOURINARIO>>
GENITOURINARIO: NORMAL, SIN LESIONES.
<<PELVIS>>
PELVIS: ESTABLE, SIN LESIONES, SIN DOLOR.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CANALIZADO EN PLIEGUE DE CODO DERECHO, CON ABRASION EN REGION DORSAL DE MUÑECA DERECHA, CON HERIDA DE +- 4 CM DEN TERCIO MEDIO CARA LAREAL DE PIERNA IZQUIERDA, SIN SNAGRADO ACTIVO, SIN COM,PROMISO DE PLANOS PROFUNDOS, SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.
<<NEUROLOGICO>>
SNC: ALERTA, PINRAL, ORIENTADA, LENGUAJE CLARO, COHERENTE, FLUIDO.
<<PIEL>>
LO DESCRITO.
<<FANERAS>>
SIN LEISONES

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE, HIDRATADA, TOLERANDO LA VÍA ORAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIN ASPECTO TÓXICO, BIEN PERFUNDIDA, CON CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON POLITRAUMATISMO SECUNDARIOA ACCIDENTE DE TRANSITO, ACTUALMETNE CON EDEMA EN DORSO NASAL, CON INTENSO DOLOR A LA DIGITOPRESION, CN HERIDA COMPLEJA EN MENTON, ADEMAS CON COMPROMISO DE PIEZAS DENTALES EN ARACADA SUPERIOR E INFERIOR, CON DOLOR A LA APERTURA ORAL, DECIDO COLITAR VALORACION POR EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA, ADEMAS DECIDO COLICTAR IMAGENES DIAGNOSTICAS, EN EL MOMENTO NO PRESENTA SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, CON GLASGOW 15/15, PACIENTE SIN PERDIDA DE LA CONCIENCIA, NO PRESENTA MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS, SIN SIGNOS DE FUGA VASCULAR, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO.

**FECHA: 19.10.14-09:59:46 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PASAR A SALAS DE SURTURAS PARA SUTURA DE HERIDA EN PIERNA

**FECHA: 19.10.14-09:59:50 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 13 - SALA DE SUTURAS
HORA INICIAL/FINAL: 10:00 / 10:15 DURACION: 00:15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA VIA: QUIEN REALIZA: JOHN HAHLER ROMERO ABRIL

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR EL PACIENTE ACEPTA, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA,

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

SE REALIZA LAVADO CON SSN 0.9%, SE APLICA ANESTÉSICO LOCAL, SE REALIZA SUTURA CON PROLENE 3/0, EN TOTAL 06 PUNTOS, SE REVISA HEMOSTASIA, SE LIMPIA Y SE CUBRE CON GASAS ESTÉRILES. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

**FECHA: 19.10.14-10:00:03 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **

EN SALA DE:SALA DE SUTURAS

SUTURA

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR EL PACIENTE ACEPTA, SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA LAVADO CON SSN 0.9%, SE APLICA ANESTÉSICO LOCAL, SE REALIZA SUTURA CON PROLENE 3/0, EN TOTAL 06 PUNTOS, SE REVISA HEMOSTASIA, SE LIMPIA Y SE CUBRE CON GASAS ESTÉRILES. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

**FECHA: 19.10.14-10:03:40 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA CANT: 6

DICLOFENACO 75MG /3ML CANT: 3

CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER CANT: 4 PASAR A 80 CC HORA

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 6 PARA DILUIR MTOS

HOSPITALIZACION.

OBSERVACION

NADA VIA ORAL

CABECERA A 30°

SSN 0.9% PASAR A 80 CC HORA.

CEFAZOLINA 2 GR IV CADA 8 HORAS.

DICLOFENAC 75 MG IV CADA 8 HORAS LENTO Y DILUIDO.

SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA.

SS: VALORACION POR ODONTOLOGIA

SS: TAC DE CARA - MAXILAR INFERIOR.

SS: RADIOGRAFIA DE HUESOS PROPIOS.

PROTOCOLO ANTICAIDAS.

ACOMPAÑANTE PERMANENTE

CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS.

**FECHA: 19.10.14-12:11:15 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,** 79

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SE EVIDENCIA EN IMAGENES DIAGNOSTICAS:
FRACURA DE HUESOS PROPIOS.
RACTURA DE MAXILAR INFERIOR.

**FECHA: 19.10.14-12:52:53 // AREA: VALORACION X ESPECIALISTA (INT // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

ACCIDENTE DE TRANSITO. PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA. AL PARECER HUBO PERDIDA DEL ALERTA. SOMOS LLAMADOS A INTERCONSULTA POR HERIDAS COMPLEJAS EN CARA.

AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.
TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS
EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO: LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS + SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES EN CARA. SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR LA CONDUCTA A SEGUIR Y REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
- NADA VIA ORAL
- PASAR A SALAS DE CIRUGIA
- CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO
- RESTO IGUAL

**FECHA: 19.10.14-13:00:09 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

**** DESCRIPCION DEL ESPECIALISTA ****
ACCIDENTE DE TRANSITO. PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA. AL PARECER HUBO PERDIDA DEL ALERTA. SOMOS LLAMADOS A INTERCONSULTA POR HERIDAS COMPLEJAS EN CARA.

AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.
TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS
EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

PACIENTE QUIEN REQUIERE TRATAMIENTO QUIRURGICO: LAVADO + DESBRIDAMIENTO DE HERIDAS + SUTURA DE HERIDAS MULTIPLES

28

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EN CARA. SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR LA CONDUCTA A SEGUIR Y REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
- NADA VIA ORAL
- PASAR A SALAS DE CIRUGIA
- CONTINUAR MANEJO MEDICO ORDENADO
- RESTO IGUAL

**** DIAGNOSTICOS ****
S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA
S018-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA
S819-HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

**FECHA: 19.10.14-15:39:20 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

** ORDENES MEDICAS:

VALORACION POR CIRUGIA MAXILOFACIAL

VALORACION POR ODONTOLOGIA

VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.14-15:39:01 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA POR INDICACION DE CIRUGIA PLASTICA.

**FECHA: 19.10.14-16:00 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
MEDICO CIRUJANO: HAROL ALBERTO PERDOMO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: YEISON GOMEZ LEDESMA
INSTRUMENTADOR(A): PAULA BARRAGAN

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HORA INICIAL/FINAL: 16:00 / 16:30 DURACION: 00:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

SUTURA HERIDAS MULTIPLES CARA (MAS DE TRES O UNA EXTENSA DE MAS DE 10 CMS) VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO
CURETAJE OSEO, MAXILAR O MANDIBULAR VIA: 1 MEDICO: HAROL ALBERTO PERDOMO

No. DESCRIPCION: 6820
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

HALLAZGOS: CARA: HERIDA DE 3 CM EN PUNTA NASAL QUE SE EXTIENDE A COLUMELA CON BORDES NECROTICOS E IRREGULARES; 2 HERIDAS DE 2 CM CADA UNA EN DORSO NASAL, PROFUNDAS, CON BORDES IRREGULES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 4 CM, PROFUNDA, CON EXPOSICION DE TEJIDO GRASO. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, CON BORDES IRREGULARES, CON EXPOSICION DE MANDIBULA (FRACTURA ABIERTA) CON ABUNDANTE CUERPO EXTRAÑO (TIERRA IMPACTADA).

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA LAVADO CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA + ISODINE, SE DESBRIDAN BORDES IRREGULARES. MACERADOS Y NECROTICOS. SE PROCEDE A REALIZAR SUTURA DE HERIDAS EN DORSO NASAL (2 HERIDAS) Y EN PUNTA - COLUMELA (1 HERIDA) CON PROLENE 6-0. SE REALIZA SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL (1 HERIDA) CON VICRYL 4-0. EN LA HERIDA EN MENTON SE REALIZA CURETAJE OSEO Y SE RETIRAN CUERPOS EXTRAÑOS (TIERRA) Y SE PROCEDE A REALIZAR SUTURA POR PLANOS CON VICRYL 4-0 Y PROLENE 5-0. SE DEJAN HERIDAS EXPUESTAS.

SANGRADO ESCASO, NO COMPLICACIONES.

**FECHA: 19.10.14-16:27:28 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

NIEGA
AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.
TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS
EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.10.14-16:30:22 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

PACIENTE FEMENINA QUIEN PRESENTO POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE MOTOCICLETA MIENTRAS SE ENCONTRABA COMO PARRILLERA.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

NIEGA
AL EXAMEN FISICO: ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, COLABORADORA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.
CARA: HERIDA EN DORSO NASAL QUE SE EXTIENDE A PUNTA NASAL DE 3 CM, PROFUNDA, CON BORDES NECROTICOS. HERIDA EN MENTON DE 5 CM, PROFUNDA, BORDES MACERADOS E IRREGULARES. HERIDA EN MUCOSA ORAL DE LABIO INFERIOR DE 2.5 CM, PROFUNDA, CON PERDIDA DE TEJIDOS BLANDOS. PERDIDA DE MULTIPLES PIEZAS DENTALES EN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.
TORAX: ESCORIACIONES EN MAMAS
EXTREMIDADES: HERIDA SUTURADA CORRECTAMENTE EN PIERNA IZQUIERDA TERCIO PROXIMAL CARA LATERAL. ESCORIACIONES EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

**FECHA: 19.10.14-16:40:19 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML CANT: 2 4 GRAMOS ENDOVENOSOS DILUIDOS DOSIS UNICA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP CANT: 2 90 MG ENDOVENOSOS DOSIS UNICA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE TRAIDA A CIRUGIA PARA DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE MAXILAR INFERIOR MAS DESBRIDAMIENTO MAS SUTURA DE HERIDAS EN CARA Y MUCOSA ORAL MAS DERMOABRASION PARCIAL CARA Y AREA GENERAL. SE ORDENA ANALGESIA POP

**FECHA: 19.10.14-17:35:39 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**

**>> DEL INGRESO**

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

NO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

SALIDA. CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.14-17:35:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

25

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

** MEDICAMENTOS:

- CEFRADINA 500 MG TAB.....21
TOMAR 1 CADA 8 HORAS

- DOLEX 500 MG TAB.....20
TOMAR 1 CADA 6 HORAS

- APRONAX 250 MG TAB.....20
TOMAR 1 CADA 12 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

- CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 20 DIAS

- NO SOL POR 3 MESES

- RETIRO DE PUNTOS EN 6 DIAS; NO RETIRAR LOS PUNTOS DE MUCOSA ORAL (SE CAEN SOLOS)

- TOMAR MEDICAMENTOS AMBULATORIOS ORDENADOS

- BUENA HIGIENE ORAL (CEPILLADO Y ENJUAGUE BUCAL)

- ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE. SE INDICA SALIDA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA.
NO

**FECHA: 19.10.15-08:56:28 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA PLASTICA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.15-08:55:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS INICIO: 2019.10.15 FIN: 2019.11.13

**FECHA: 19.10.21-09:07:06 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. ECF - ESTEFANY CLEVES FACUNDO - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
SALA: 10 - SALA DE CURACIONES
HORA INICIAL/FINAL: 08:50 / 09:00 DURACION: 00:10

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ESTEFANY CLEVES FACUNDO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

08:50 USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 17 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN NARIZ Y EN MENTON SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 2 CM EN NARIZ Y EN MENTON 5 CM FORMA REGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, SIN SIGNOS DE DEHISCENCIA NO SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNOS DE INFECCION, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION, QUEDANDO CUBIERTA CON GASA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION + MICROPORE.

09:00 EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

**FECHA: 19.10.25-12:26:08 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
CONSULTA MAXILOFACIAL

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : PINRAL POSITIVO MOTILIDAD OCULAR CONSERVADA , NO DIPLOPIA , APERTURA ORAL LIMITADA POR DOLOR , OCLUSION INESTABLE .
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS :
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
FRACTURA CONDILAR I ZQUIERDA
FRACTURA CONDILAR DERECHA
FRACTURA MULTIPLE EN SINTESIS CON MINUTA .

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

VALORACION CON ANESTESIOLOGO



23

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HEMOGRAMA COMPLETO
PT
PTT
BUM
PARCIAL DE ORINA

** ORDENES Qx:

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS :
SISTEMA 2.0 MM PLACAS CONDILARES # 2.0 CON 12 TORNILLOS DE 2.0MM X 9 MM
SISTEMAS DE RECONSTRUCCION MANDIBULAR DE 2.3 MM 1 PLACA RECTA DE 6 ORIFICIOS CON PUENTE # 1
1 PLACA RECTA DE 4 ORIFICIOS CON PUENTE # 1
4 TORNILLOS DE 9MM X 2.3
6 TORNILLO DE 2.3 X 12MM
TORNILLOS DE INTERFIJACION MAXILAR 6
ALAMBRE DE LIGADURA

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CONSULTA EXTERNA POR MAXILOFACIAL

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.25-12:26:05 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**FECHA: 19.11.29-15:49:26 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
ASISTE PARA REDUCCION ABIERTA DE HUESOS DE CARA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
NORMAL

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS ALTERACIONES CON FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR CON APERTURA ORAL LIMITADA,
CUELLO : MOVIL,
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.11.29-15:54 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: HUGO RAFAEL NAVARRO MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY CESPEDES

HORA INICIAL/FINAL: 15:54 / 16:30 DURACION: 00:35

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO
REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE FIJACION INTERMAXILAR VIA: 1 MEDICO: HUGO RAFAEL NAVARRO

No. DESCRIPCION: 7109
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA CONTAMINADA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA QUIRURGIA SE REALIZA INCISIONES DE KEEN BILATERALES SE DISECA POR PLANOS SE EXPONEN FRACTURAS SUBCONDILARES , SE ESTABILIZA OCLUSION; SE REFRACTURA EN LA SINFISIS CON CINCEL Y MARTILLO . SE COLOCA ALAMBRE DE LIGADURA REDUCIENDO UNA FRACTURA DENTOALVEOLAR DE INCISIVOS CENTRLES INFERIORES , SE VERIFICA ESTABILIDAD DE LA OCLUSION SE CLOCAN 4 TORNILLOOS DE 11 MM X 2.3 MM Y ALAMBRE LIGADURA 0.18MM . EN LA SINFISIS SE COLOCA BASALMENTE UNA PLACA DE 6H CON PUENTE DE 2.3MM Y SE FIJA CON 6 TORNILLO DE 11MM X 2.3 Y SUPERIOR SE COLOCA UNA PLCA DE 4 H DE 2.3MM Y SE FIJA CON 4 TORNILLO S2.3MM SE VERIFUCA ESTABILIDAD DE LA OCLUSION SE LAVA Y SE SUTURA CON VICRYL 3.0 SE TERMINA PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES .

**FECHA: 19.11.29-15:54:10 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLAN:
PASAR A QUIROFANO
CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER CANT: 2 500CC EN BOLO IV Y CONTINUAR A 50CC HORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 2 PARA DILUIR MEDICAMENTOS
CEFAZOLINA X 1 G AMPOLLA CANT: 2 2MG IV DOSIS UNICA
DICLOFENACO 75MG /3ML CANT: 1 75MG DOSIS UNICA IV

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SE CONISDERA PASARA A QUIROFANO

21

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.11.29-17:03:43 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
ASISTE PARA REDUCCION ABIERTA DE HUESOS DE CARA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
NORMAL

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS ALTERACIONES CON FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR CON APERTURA ORAL LIMITADA,
CUELLO : MOVIL,
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 19.11.29-17:15:45 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN:
SALIDA

>>EGRESO MEDICO:

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CIRUGIA MAXILO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2019.11.29-16:30:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS
** MEDICAMENTOS:

NAPROXENO TABLETAS X 250 MG # 20 TOMAR 1 CDA 8 HORAS
CEFALEXINA TABLETAS X 500 MG # 20 TOMAR 1 CDA 6 HORAS
CONTROL MAXILOFACIAL EN 30 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS
USO DE ENJUAGE BUCAL 3 VECES AL DIA
VENIR POR URGENCIAS CASO DE COMPLICACIONES
PEDIR CITA CON ANTELACION

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS,**



20

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE EN POP INMEDIATO DESCRITO, SE CONISDERA EGRESO CON FORMULA MEDICA.

**DIAGNOSTICOS AL EGRESO** **TIPO** **GRADO**

CONFIRMADO: S028 - FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Dr. John Hayler Romero A.
MEDICINA GENERAL
R.M 675/10
C.C. 93.239.340

***Registro Medico:***

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 7109

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -86261 Fecha 29/11/19

Nombre Paciente: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA 1003894825 Edad: 17 Sexo: F

Hora inicio 15:54 Hora fin: 16:30 Duraci¾n: 00:35 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: HRN- HUGO RAFAEL NAVARRO Ayudante: MMP- MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionSINDY CESPEDES

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: PROGRAMADA Tipo de herida: LIMPIA CONTAMINADA

| Diagn¾sticos Pre-Operatorios: | Diagn¾sticos Post-Operatorios: |
|---|---|
| 1. S019-HERIDAS EN CARA | 1. S019-HERIDAS EN CARA |
| 2. S026-FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR | 2. S026-FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR |

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| 16361 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE | HRN | 1 - 1i Interv 100% |
| 16361 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE | HRN | 1 - 1i Interv 100% |
| 16361 | REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR (LEFORT II Y III); INCLUYE | HRN | 1 - 1i Interv 100% |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: BAJO ANESTESIA GENERAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL AREA QUIRURGIA SE REALIZA INCISIONES DE KEEN BILATERALES SE DISECA POR PLANOS SE EXPONEN FRACTURAS SUBCONDILARES , SE ESTABILIZA OCLUSION; SE REFRACTURA EN LA SINFISIS CON CINCEL Y MARTILLO . SE COLOCA ALAMBRE DE LIGADURA REDUCIENDO UNA FRACTURA DENTOALVEOLAR DE INCISIVOS CENTRLES INFERIORES , SE VERIFICA ESTABILIDAD DE LA OCLUSION SE CLOCAN 4 TORNILLOOS DE 11 MM X 2.3 MM Y ALAMBRE LIGADURA 0.18MM . EN LA SINFISIS SE COLOCA BASALMENTE UNA PLACA DE 6H CON PUENTE DE 2.3MM Y SE FIJA CON 6 TORNILLO DE 11MM X 2.3 Y SUPERIOR SE COLOCA UNA PLCA DE 4 H DE 2.3MM Y SE FIJA CON 4 TORNILLO S2.3MM SE VERIFUCA ESTABILIDAD DE LA OCLUSION SE LAVA Y SE SUTURA CON VICRYL 3.0 SE TERMINA PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES .

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen



CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 1003894825

**ADMISION N_:** 86261

**NOMBRE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA **Num. Id-:** TI 1003894825
**FECHA NACIMIENTO:** 2002.07.19 **EDAD:** 17 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
**FECHA DE INGRESO:** 2019.11.29 **HORA DE INGRESO:** 15:49:26 **Fecha/Hora de registro:** 2019.11.29 15:49
**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3114782936
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:**
**OBSERVACION** (Inst)

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2019.11.29

<< REGISTRO: 15:49:26 >> (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)

**MOTIVO DE LA ATENCION:** 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA
**TIPO DE CONSULTA:** CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

**MOTIVO CONSULTA**

ASISTE PARA REDUCCION ABIERTA DE HUESOS DE CARA

**REVISION POR SISTEMA**

NORMAL

**ANTECEDENTES**

--->><2019.10.14-09:45:03>>, (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 83184
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A FUR: 01/10/2019.

--->><2019.10.14-16:09:00>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 83195

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><2019.10.14-16:27:28>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.PREQX: 83195
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 1/10/2019

--->><2019.10.14-16:30:22>>, (DR(A) HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)
H.POSQX: 83195

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 1003894825

**ADMISION N_:** 86261

**NOMBRE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA **Num. Id-:** TI 1003894825

**FECHA NACIMIENTO:** 2002.07.19 **EDAD:** 17 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S

**FECHA DE INGRESO:** 2019.11.29 **HORA DE INGRESO:** 15:49:26 **Fecha/Hora de registro:** 2019.11.29 15:49

**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3114782936

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:**

**OBSERVACION** (Inst)

<< REGISTRO: 15:49:26 >> (DR(A). HRN - HUGO RAFAEL NAVARRO - C.C. 79355321 - REG. MEDICO: RM-242 - MAXILOFACIAL)

10 / NO APLICA

NUEVO

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 1/10/2019

--><<2019.11.29-15:47:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 86261

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENTO CURETAJE DE MAXILAR INFERIOR

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

## ** EXAMEN FISICO **

**SIGNOS VITALES** **TA:** 117/72 **FC:** 71 **FR:** 18 **Tmp:** 37.2 **PESO:** 85 **TALLA:** 1.70

**EXAMEN FISICO**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS ALTERACIONES CON FRACTURA DE MAXILAR SUPERIOR CON APERTURA ORAL LIMITADA,
CUELLO : MOVIL,
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : BUENA PERFUSION DISTAL.
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 1003894825

**ADMISION N_:** 86261

**NOMBRE:** MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA **Num. Id-:** TI 1003894825
**FECHA NACIMIENTO:** 2002.07.19 **EDAD:** 17 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S
**FECHA DE INGRESO:** 2019.11.29 **HORA DE INGRESO:** 15:49:26 **Fecha/Hora de registro:** 2019.11.29 15:49
**DIRECCION:** CRA52 N 32-39 LOTE 20 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3114782936
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
**DIRECCION:** _____
**OBSERVACION** (Inst)

## ** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**
S028 FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA

**EVOLUCION**
BUEN ESTADO GENERAL, SE CONISDERA PASAR A SALAS DE CX.

**ANALISIS/PLAN**
PLAN:
PASAR A SALAS DE CX.

## ** SALIDA DEL PACIENTE **

**DESTINO SALIDA:** Remitido a Quirofano **SERVICIO:**
**FECHA DE EGRESO:** . . **HORA DE EGRESO:** **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS
**ESTADO A LA SALIDA:** VIVO

*Dr. HUGO RAFAEL NAVARRO*
***Registro Medico: RM-242***

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:** _____

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_ :** 86261 - 9796

NOMBRE: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA C.C. -TI-RC-OTRO 1003894825

EDAD: 17 A FECHA DE NACIMIENTO: 2002.07.19 SEXO: F

DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20 TELEFONO: 3114782936

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**FECHA:** 2019.11.29 **CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:** REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION EXTERNA

**ANTECEDENTES:**

HISTORICO

--->><<2019.10.14-09:45:03>>, (DR(A). JHR - JOHN HAHLER ROMERO ABRIL - C.C. 93239540 - REG. MEDICO: 675/10 - MEDICINA GENERAL)

H.U. 83184

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

FUR: 01/10/2019.

--->><<2019.10.14-16:09:00>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 83195

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2019.10.14-16:27:28>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.PREQX: 83195

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 1/10/2019

--->><<2019.10.14-16:30:22>>, (DR(A). HAP - HAROL ALBERTO PERDOMO - C.C. 7708263 - REG. MEDICO: 7708263 - CIRUGIA PLASTICA)

H.POSQX: 83195

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 1/10/2019

--->><<2019.11.29-15:47:57>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)

V.PREANES: 86261

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: DESBRIDAMIENTO CURETAJE DE MAXILAR INFERIOR

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_ :** 86261 - 9796

NOMBRE: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA C.C. -TI-RC-OTRO 1003894825

EDAD: 17 A FECHA DE NACIMIENTO: 2002.07.19 SEXO: F

DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20 TELEFONO: 3114782936

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2019.11.29 REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION EXTERNA

**CARDIOVASCULARES:**

**PULMONARES:**

**ANESTÉSICOS:**

**QUIRÚRGICOS:**

**FARMACOLÓGICOS:**

**TÓXICO - ALÉRGICOS:**

**OTROS:**

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

---

**EXAMEN FISICO:**

**PA:** 133/60 **FC:** 89 **FR:** 20 **PESO:** 85 **TEMPERATURA:** 37

**CABEZA:**
CICATRIZ QUIRURGICA EN MENTON. EDEMA, DEFORMIDAD, DOLOR AL MORDER Y AL PALPAR MAXILAR INFERIOR EN REGION MENTONIANA Y ARTICLACIONES TEMPOROMANDIBULARES

**ORL: Mallampaty:**
APERTURA ORAL MAYOR DE 4 CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

**CUELLO:**
DMT MAYOR DE 7 CM, DME MAYOR DE 13 CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

**CARDIOVASCULAR:**
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

**PULMONAR:**
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

**ABDOMEN:**
SIN ALTERACION

**EXTREMIDADES:**
SIN ALTERACION

**OTROS:**

---

**EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:**

**Hto:** **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**

**INR:** **Hemoclasificiación:** **Grupo:**

**P de O:**

**ECG:**

**Rx TORAX:**

**OTROS:**

---

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 86261 - 9796

NOMBRE: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA C.C. -TI-RC-OTRO 1003894825

EDAD: 17 A FECHA DE NACIMIENTO: 2002.07.19 SEXO: F

DIRECCION: CRA52 N 32-39 LOTE 20 TELEFONO: 3114782936

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**DIAGNOSTICO:** S026
FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

**PLAN:**
ASA II, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO INTERMEDIO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL MAS BLOQUEO, ANALGESIA POP

**OBSERVACIONES:**

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

**DEST SALIDA:** Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2019.11.29 **HORA:** 13:10:52

**SERVICIO:** MAXILOFACIAL

FIRMA: RM: 11771/90

# CLINICA DE FRAC[illegible]RASY ORTOPEDIA LTDA.

## INFOR[illegible]DE ANESTESIA

### A - IDENTIFICACION

| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO | NOMBRES | No. HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|
| Macias | Pastrana | Maria Fernanda | 10038984 21 |

| FECHA | EDAD | SEXO | PESO (Kgr) | RIESGO ASA |
|---|---|---|---|---|
| 29 / 11 / 19 (Dia / Mes / Año / Hora) | 17 (Años / Meses / Días) | F | 1.70 / 85 | 1 2 3 4 5 U |

| SERVICIO | SALA O CUARTO | No. DE CAMA | ANESTESIAS PREVIAS |
|---|---|---|---|
| x | | | |

### B - EVALUACION PREANESTESIA

| TEM | F.R. | F.C. | T.A. | H.B | HTO. | GLIC. | BILIOT. | BILDRT. | PROTOT. | | | | | TyA PROT | T.COG | FUMA | BEBE | GRUPO | R.M. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**DIAGNOSTICO:** Fractura de muñeca derecha

**OPERACION PROPUESTA** Reducción abierta + osteosíntesis

**HISTORIA Y ANTECEDENTES** ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-[illegible]-IAMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

ESPECIFICO

| FACILIDAD | | SI | NO | VIA AEREA | DIENTES | CUELLO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | INT | | | N | N | N |
| | IOT | SI | NO | | | |

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: NP

| | TIPO |
|---|---|
| | BLOQUEO |
| | PERIDURAL |
| | ESPINAL |
| / | GENERAL |

RESUMEN Y PLAN: Inducción anestesia general balanceada NPO.

ESTADO PSICOLOGO: Mujer

| PREPARE | ACEPTA | RECHAZO | NECESITA SANGRE | C.C. | PREMEDICACION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NO | | NO | |

### D - POSTOPERATORIO SALA DE REC[illegible]RACION

POSICION: F

REPARACION: E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 | 180 17 160 15 140 13 120 11 100 9 80 7 60 5 40 3 20 1

HORA

| I.O.S. | HIPO | CIANOSIS | ARRITMIA | CEFALEA | EXCITACION | OTRAS | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | RECUPERACION | + |
| | | | | | | CONCIENCIA | Consciente |
| | | | | | | DIURESIS | + |
| | | | | | | SENSIBILIDAD | + |
| | | | | | | PIEL | Normales |

COMENTARIOS: En reposo en camilla con banda elastica hipocastro general con signos vitales estables.

| TOTALES | | | |
|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| | 4 | 5 | 6 |
| | 7 | 8 | 9 |
| | 10 | 11 | 12 |

HORA Y MOTIVO: Consciente sin efecto anestesico

FIRMA

# C - REGISTRO DE ANESTESIA

PREMEDICACION: P R M

DIAG PREOPERATORIO Fractura de maxilar inferior

DIAG POSTOPERATORIO

OP Reduccion abierta + osteosintesis H R Hemos de acero

ANESTESIOLOGOS Hernan Peña

TIEMPO DE AYUNO LIQUIDO ____ SOLIDO ____

ANESTESIA LOCAL ____ BLOQUEO ____ PERIDURAL ____ RAQUIDEA ____ OTRA ____

DESOCIATIVA ____ BASAL ____ REGIONAL ____

NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION CCSC ____ CSA ____ CCC ____

E A C

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SAN | 120 | 94 | 90 | 99 |
| ECG | N | N | N | N |
| °C | 42 | 36 | 33 | 39 |

Respiración y pulso

MORA

AGENTES: 1 Halot 800 — 2 O2 2lts — 3 Aire 8lts — 4 — 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

I OT No ____ INT No ____

E OT No ____ ENT No ____

PULSO

RESPIRACION

T.A. XX

INDUCCION

INICIACION Y FINALIZACION

NEONATO MASC FEM a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE

E C G

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 Fent

7 Tubocurare

8 Cefazolina

9 Ranitidina

10 Metoclopramida

11 Propofol

12 ____

13 Succinilcolina

14 Vecuronio

15 Atracurio

16 Morfina

TOTAL ____ C.C.

____ C.C.

TOTALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | | 4 |
| 5 | 6 200 cc | 140 | 8 10 |
| 9 160 | 10 35 cc | 35 cc | 12 80 cc |
| 13 75 cc | 14 80 cc | 50 cc | 16 25 cc 1 amp. |

ESTADO AL LLEGAR

AL QUIROFANO

**OBSERVACIONES:**

Paciente masculino con fractura de mandibula izquierda

No alergias conocidas

NO complicaciones

FIRMA Y CODIGO

OSTEOSUR COLOMBIA S.A.S
NIT : 901,005,917 - 1
CL 8 21 - 16
NEIVA - COLOMBIA
8639999
contabilidad@osteosur.com.co

# FACTURA DE VENTA

**. - 1987**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Cliente** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | **Fecha Factura** |
| **NIT** | 800,110,181 - 9 | **Teléfono** | 8736349 | 2019-12-02 |
| **Dirección** | CL 18 6 65 | **Vendedor** | VENDEDOR PRINCIPAL | |
| **Ciudad** | NEIVA-HUILA - COLOMBIA | **Centro Costo** | CL 18 6 65 | |
| **Correo** | recepcion.fracturas@gmail.com | **Documento Cruce** | 761 | |

| Código | Descripción | Referencia | % IVA | Cantidad | Valor Unitario | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0020004000000 | PLACA RECTA DE 2 3X4H | KD-000-004 | 0,00 | 1.00 | 683,100.00 | 683,100.00 |
| 00061390 | PR 2.3 F.V: 2023-08-30 | | | 1.00 | | |
| 0020004000000 | PLACA RECTA DE 2 3X6H | KD-000-006 | 0,00 | 1.00 | 2,451,570.00 | 2,451,570.00 |
| 00061250 | PR 2.3 F.V: 2023-08-30 | | | 1.00 | | |
| 0190004000000 | TORNILLO TITANIO 2 3X11 mm | KD-510-011 | 0,00 | 10.00 | 193,090.00 | 1,930,896.00 |
| 000596[illegible] | TT2.3 F.V: 2023-05-18 | | | 10.00 | | |
| 0[illegible] | TORNILLO INTERMAXILAR 11mm | KD-511-011 | 0,00 | 4.00 | 576,840.00 | 2,307,360.00 |
| 20[illegible] | TIR F.V: 2024-04-01 | | | 4.00 | | |
| 0160002000000 | ALAMBRE QUIRURGICO 0 5MM X 1MT | 503-050-00 | 0,00 | 1.00 | 13,814.00 | 13,814.00 |
| 477699 | ALQX F.V: 2023-06-16 | | | 1.00 | | |

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 7,386,740.00 |
| **Total a Pagar** | **$ 7.386.740,00** |

**CONDICIONES DE PAGO**

Crédito [illegible] Nacionales 7.386.740,00 Cuota 1 Vence el 2019-12-02

**VALOR EN LETRAS**

Siete Millones Trescientos Ochenta Y Seis Mil Setecientos Cuarenta Pesos M/Cte

**OBSERVACIONES**

PACIENTE: MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA
HCL: 1 00[illegible]894 825
SOPORTE: JESUS GARCIA
CIRUJANO: DR. HUGO NAVARRO

Elaborado por

Firma Recibido

AUTORRE[illegible]ORES DE INDUSTRIA Y COMERCIO NEIVA ART. 637 ACUERDO 028 DE 2018. FAVOR ABSTENERSE DE PRACTICAR RETEICA - NEIVA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No. 18762000452938 aprobado en 2018-09-19 vigente 18 Meses, prefijo . desde el número 1 al 4000**

Responsables de iva - Actividad Económica 4773 Tarifa 005.000

10

ORIGINAL

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 83628

**Orden de Servicio N·mero:** 180-1 -83628 **Fecha** 21/10/2019

Nombre Paciente: MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA - 1003894825 **Edad:** 17 **Sexo:** F

**Quien Realiza:** ECF- ESTEFANY CLEVES FACUNDO **Sala:** 10 SALA DE CURACIONES

**Diagn¾sticos Previos:**

1. S097-TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA

4. S018-HERIDA EN MENTON
6. S819-HERIDA DE LA PIERNA IZQUIERDA

**Diagn¾sticos Definitivos:**

1. S019-HERIDAS EN CARA
3. S026-FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| SO1.39202 | DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES | ECF | - |

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripci¾n:** 08:50 USUARIO DE SEXO FEMENINO DE 17 AÑOS EDAD INGRESA AL SERVICO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE PUNTOS EN NARIZ Y EN MENTON SE TRASLADA A SALA DE CURACION , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA DE APROXIMADAMENTE DE 2 CM EN NARIZ Y EN MENTON 5 CM FORMA REGULAR, PIEL PERIFERICA CONSERVADA, DOLOR A LA MANIPULACION LEVE, SIN SIGNOS DE DEHISCENCIA NO SALIDA DE SECRECION, SIN SIGNOS DE INFECCION, CON PREVIA TECNICA DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BARRIDO CON 200CC DE CLORURO DE SODIO Y LUEGO SE REALIZA LAVADO CON ISODINE ESPUMA 20CC + 20CC DE ISODINE SOLUCION + 300CC DE CLORURO DE SODIO, SE SECA QUEDANDO LIMPIO, SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS SE TERMINA SIN COMPLICACION, QUEDANDO CUBIERTA CON GASA IMPREGNADA EN ISODINE SOLUCION + MICROPORE.

09:00 EGRESA USUARIO DE SALA DE CURACION CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | TI |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1003894825 |
| NOMBRES | MARIA FERNANDA |
| APELLIDOS | MACIAS PASTRANA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | HUILA |
| MUNICIPIO | NEIVA |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA | SUBSIDIADO | 01/10/2015 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 10/14/2019 09:20:55 | Estación de origen: | 190.144.66.174 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

8

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud**

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10019063264

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| BFR37F | YAMAHA | XTZ125 | 2020 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 124 | NEGRO ROJO GRIS | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD KG/PSJ |
|---|---|---|---|
| MOTOCICLETA | SIN CARROCERIA | GASOLINA | 2 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| E3Y2E042041 | N | 9FKDE0929L2042041 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| ****** | N | 9FKDE0929L2042041 | N |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

PASTRANA MONTERO ROSA MARIA — C.C. 36067332

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902019000162815

LIE: I

FECHA IMPORT.: 13/08/2019

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

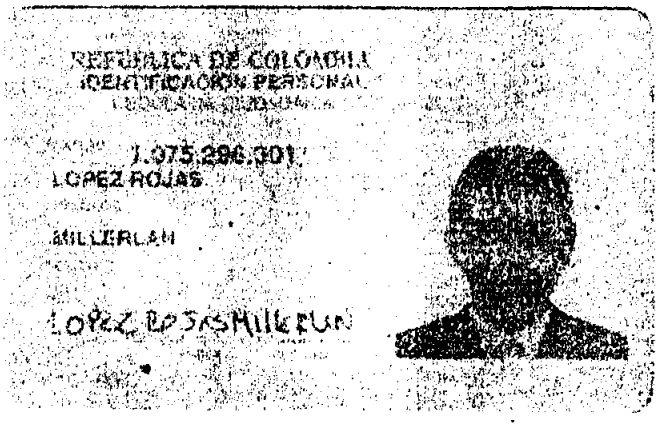
******

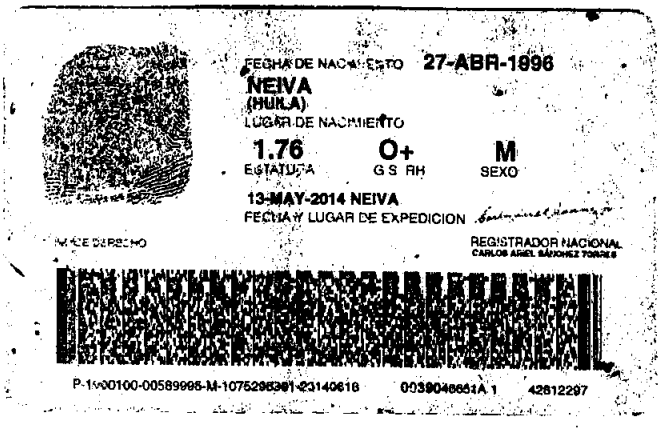
| FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO. | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 26/08/2019 | 26/08/2019 | ****** |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02005643360


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.075.296.301
LOPEZ ROJAS
MILLERLAN
LOPEZ ROJAS MILLERLAN


FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1996
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-MAY-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-1100100-00589998-M-1075296301-23140618 0038046651A 1 42612297

# SOAT

PREVISORA SEGUROS

| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL | | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL | |
|---|---|---|---|---|
| 2019-08-22 | | 2019-08-23 | | 2020-08-22 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/CC | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004236530000 | BFR37F | MOTOS | PARTICULAR | 124 | 2020 |

| PASAJEROS | MARCA | LÍNEA | CARROCERÍA |
|---|---|---|---|
| 2 | YAMAHA | XTZ125 | SIN CARROCERIA |

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| E3Y2E042041 | 9FKDE0929L2042041 | 9FKDE0929L2042041 | 0.00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| PASTRANA MONTERO, ROSA MARIA | 3104782936 | CC | 36067332 | NEIVA |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 13 | 1326 | 0 | VILLAVIEJA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 121 | $ 318600 | $ 159400 | $ 1900 |

**TOTAL A PAGAR**

$ 480100

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | LEGALES |
| D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | DIARIOS VIGENTES |

**RECUERDE QUE:**

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.

•La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o mensaje de texto (SMS) enviado por La Previsora S.A.

•En caso de tener inquietudes sobre el proceso marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

**Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo de la información guardada en su teléfono móvil, toda vez que estos dispositivos con la autoridad de tránsito.**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá, de manera unilateral y exclusivamente a favor del [illegible] solicitar la expedición de [illegible] en los casos [illegible] presentan

Habeas Data

Declaro que de forma previa a la expedición de esta póliza he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros para que [illegible] almacene, administre, verifique, [illegible] información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza directamente o por medio de terceros a quien comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizar aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que [illegible] adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos [illegible] de la compañía de seguros gestionar campañas de mercadeo y/o [illegible] relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos [illegible] manejo LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de [illegible] funciones, que genere o [illegible] se los haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el [illegible] así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la [illegible] solicitar la supresión de [illegible] en los casos [illegible] procedente.

# RUNT

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

| | | | |
|---|---|---|---|
| PLACA DEL VEHÍCULO: | **BFR37F** | | |
| NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO: | **10019063264** | ESTADO DEL VEHÍCULO: | **ACTIVO** |
| TIPO DE SERVICIO: | **Particular** | CLASE DE VEHÍCULO: | **MOTOCICLETA** |

Información general del vehículo

| | | | |
|---|---|---|---|
| MARCA: | **YAMAHA** | LÍNEA: | **XTZ125** |
| MODELO: | **2020** | COLOR: | **NEGRO ROJO GRIS** |
| NÚMERO DE SERIE: | | NÚMERO DE MOTOR: | **E3Y2E042041** |
| NÚMERO DE CHASIS: | **9FKDE0929L2042041** | NÚMERO DE VIN: | **9FKDE0929L2042041** |
| CILINDRAJE: | **124** | TIPO DE CARROCERÍA: | **SIN CARROCERIA** |
| TIPO COMBUSTIBLE: | **GASOLINA** | FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM | **26/08/2019** |

4

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUTORIDAD DE TRÁNSITO: | **INST TTOyTTE DPTAL HUILA/RIVERA** | GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD: | **NO** |
| CLÁSICO O ANTIGUO: | **NO** | REPOTENCIADO: | **NO** |
| REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN MOTOR | |
| REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN CHASIS | |
| REGRABACIÓN SERIE (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN SERIE | |
| REGRABACIÓN VIN (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN VIN | |
| VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO): | **NO** | PUERTAS: | |

Para conocer el historial de propietarios

**Consulte el Histórico Vehicular Aquí**

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

| Número de poliza | Fecha expedición | Fecha inicio de vigencia | Fecha fin de vigencia | Entidad expide SOAT | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004236530000 | 22/08/2019 | 23/08/2019 | 22/08/2020 | LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS | VIGENTE |

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE VENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO RIVERA - HUILA

**Fecha Radicacion:** **RG:** **No. Radicacion:**

**No. Radicado Anterior:** **No. Factura / Cuenta de Cobro:** **01426580**

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD

**Razon Social:** HOSPITAL DIVINO NIÑO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**Cód- Habilitacion:** 416150051801 **NIT:** 813002933-5

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

| MACIAS | PASTRANA | MARIA | FERNANDA |
|---|---|---|---|
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** |

**Tipo de documento de identificación:** TI **Número documento de identificación:** 1003894825

**Fecha de nacimiento:** 19-jul-2002 **Sexo:** F

**Dirección de residencia:** SAN BERNARDO **Teléfonos:** (311) 478-29-36

**Departamento:** HUILA **41** **Ciudad:** RIVERA **41615**

**Condicion del accidentado:** Ocupante

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Naturaleza del Evento** Accidente de tránsito

**Otro ¿Cual.?**

**Dirección de la Ocurrencia:** KM 2 VIA NACIONAL **Zona:** R

**Fecha Evento/Accidente :** 14-oct-2019 **Hora:** 07:00

**Departamento:** HUILA **41** **Ciudad:** RIVERA **41615**

**Descripcion breve del evento catastrofico o accidente de transito Enuncie las proincipales caracteristicas del evento/accidente :**

Paciente femenina de 17 años de edad, ingresa por sus propios medios,
refiriendo sufrio accidente de transito en calidad de pasajera de motocicleta de placas bfr37f, refieren que iban por la via naciaonal y al coger un hueco pierde el control y colisiona, posteriormente presenta traumatismo en cara, cadera derecha y abrasiones. Se ingresa paciente para manejo medico por urgencias.

## IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Estado de Aseguramiento:** Asegurado

**Marca del vehículo:** YAMAHA **Placa:** BFR37F

**Tipo de Vehiculo:** Particular **Intervencion Autoridad:** 0

**Codigo de la Asegurador** AT1324 **Cobro Excedente Poliza:** 0

**No de la Poliza:** 1308004236530000 **Vigencia:** **Desde** 23-ago-2019 **Hasta** 22-ago-2020

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

| PASTRANA | MONTERO | ROSA | MARIA |
|---|---|---|---|
| **1er Apellido o Razon Social** | **2do Apellido** | **1er Nombre** | **2do Nombre** |

**Tipo de documento:** CC **Número documento de identificación** 36067332

**Dirección de residencia:** SAN BERNARDO **Teléfonos:** (311) 478-29-36

**Departamento:** HUILA **41** **Ciudad:** NEIVA **41001**

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE VENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO
RIVERA - HUILA

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | ROJAS | MILLERLAN | |
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
| Tipo de documento: | CC | Número documento de identificación | 1075296301 |
| Dirección de residencia: | SAN BERNARDO | | Teléfonos: (311) 478-29-36 |
| Departamento: | HUILA | 41 Ciudad: NEIVA | 41001 |

## VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia: 1 — Fecha de Remision 14-oct-2019 a las: 09:30

Prestador que Remite:

Código Habilitacion: 416150051801

Profesional que Remite: MISAEL POBLADOR PEREZ — Cargo: MEDICO GENERAL

Fecha de aceptacion: — a las:

Prestador que Recibe:

Código Habilitacion:

Prodesional que Recibe — Cargo

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (trasnporte primario) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS.

Datos de Vehiculo — Placa No. OJZ592

Trnasporto la Victima Desde: ESE DIVINO NIÑO — Hasta: CLINICA DE FRACTURAS

Tipo de Transporte: Ambulancia básica — Lugar donde Recoge la Victima; Zona: U

## CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENT

Fecha de ingreso: 14-oct-2019 a las 07:26 — Fecha de egreso: 14-oct-2019 a las 07:38

Codigo Diagnóstico principal de Ingreso: V299 — Codigo Diagnóstico principal de Egreso: V299

Otro Diagnóstico de Ingreso 1: — Otro Diagnóstico de Egreso 1: K011

Otro Diagnóstico de Ingreso 2: — Otro Diagnóstico de Egreso 2: S700

| POBLADOR | PEREZ | MISAEL | |
|---|---|---|---|
| 1er Apellido del médico | 2do Apellido del médico | 1er Nombre del médico | 2do Nombre del médico |

Tipo de documento: CC — Documento número: 1117500387 — Número Registro Medico: 1117500387

## X. AMPARO QUE RECLAMA

| | Valor Total Facturado | Valor reclamado al FOSYGA |
|---|---|---|
| Gastos Medico Quirurgicos . | 182.450 | 0 |
| Gastos de Transporte y Movilizacion de la Victima | 261.109 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripcion de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico numero 2.

## XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

epresentante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaró bajo la gravedad de jurame ción contenida en este formulario es cierta y podrá se verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Saluc de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situac

TANIA PATRICIA TRUJILLO MOSQUERA

Nombre del Representante Legal, Gerente o su Delegado

Firma del Representante Legal, Gerente o su Delegado

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
**CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436**

**RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS**

FECHA: 14/05/2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la **>> FACTURA No:** 240-FEC1-1401 fechada el dia 20.03.02 cuyo paciente es MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA

**HISTORIA No.** 1003894825

**GLOSA No:** ZGL-1-17706 **SINIESTRO:** 95678

**>> ITEM GLOSADO 1:** 1 - GLOSA GENERAL

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 12867963.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999
LECTURA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS QUE EVIDENCIEN LAS LESIONES.

| **- ESTATUS ACTUAL:** | **VALOR OBJETADO:** | **DOCUMENTO ANEXO:** |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 12867963.00 | SE ANEXA LECTURA RX. |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS REALIZADAS AL PACIENTE CON LAS CUALES SE PUEDE EVIDENCIAR LAS LESIONES PRESENTADAS Y LA PERTINENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS. POR LO QUE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| **VALOR TOTAL FACTURA:** | 12,867,963.00 |
| **VR ITEMS EN FACTURA:** | 12867963.00 |
| **VALOR GLOSADO :** | 12867963.00 |
| **ACEPTADO IPS** | 0.00 |
| **VALOR REFUTADO:** | 12867963.00 |
| **ACEPTADO EPS** | 0 |
| **CONCILIACION** | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MILENA AMPARO PEREZ
**QUIEN RESPONDE**

PREVISORA SEGUROS
No prometemos, aseguramos

**Recibido!**
**29 de Mayo del 2020**
**40042367**

PREVISORA

SISA -

Bogotá, Abril 03 de 2020.

Señores:
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**
**CALLE 18 N 6-65 BARRIO QUIRINAL**
**NEIVA - HUILA**

ASUNTO: FACTURA NRO: FEC11401
ACCIDENTADO: MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO: 95678/2019/13/SEGURO OBLIGATORIO
RADICADO: N132020573431
OBJECIÓN

Respetado(a) Señor (a):

En atención a la solicitud de indemnización radicada en nuestra Compañía, por medio de la cual solicita afectar la póliza Soat No AT-1324-4236530-13-4, que corresponde al vehículo de placas BFR37F, por el amparo en referencia, en virtud del accidente ocurrido el Octubre 14 de 2019 al señor MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA, esta Compañía una vez realizado el proceso de verificación de la documentación aportada, no puede atender favorablemente el objeto de la pretensión, teniendo en cuenta que no fue aportada la totalidad de la documentación.

El Decreto 056 de 2015, en su artículo 36, indica: "Artículo 36. Verificación de requisitos. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este decreto y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.".

Por otra parte, dentro de la misma norma en el Título IV, artículos 26, 27, 28 y 29 se mencionan los documentos exigidos para presentar una solicitud de indemnización por cada uno de los amparos cubierto por las pólizas de SOAT.

Por lo anterior, nos permitimos indicar de manera detallada los documentos que no fueron aportados para poder llenar la totalidad de requisitos exigidos por la normatividad y así poder proceder a realizar el correspondiente análisis de la solicitud de indemnización, estos son:
Lectura de imágenes diagnosticas que evidencien las lesiones que derivaron la realización de procedimiento quirúrgico para establecer su pertinencia. ( art. 31 numeral 15 decreto 056 de 2015)

Atentamente,

RECIBIDO 16 ABR 2020

PREVISORA

**GLORIA LUCIA SUAREZ DUQUE**

Representante Legal

Revisó:
Abril 03 de 2020

FACTURA NRO: FEC11401
ACCIDENTADO: MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA
AMPARO: Gastos Medicos, Quirurgicos, Farmaceuticos y Hospi
SINIESTRO: 95678/2019/13/SEGURO OBLIGATORIO
RADICADO: N132020573431
OBJECIÓN

PREVISORA

## *LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT*
### *Previsora Seguros*

***No. Egreso***

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020573431 | **No.** | 1048410 | **Siniestro** | 95678 | **No.** | FEC11401 | | |
| **Amparo** | 1 | Gastos Medicos, | **Fecha siniestro** | 14/10/2019 | **Fecha aviso** | 18/11/2019 | **Fecha recepción** | 17/03/2020 | |
| **Fecha formalización** | 17/03/2020 | **Fecha liquidación** | 03/04/2020 | **Vigencia desde** | 23/08/2019 | **hasta** | 23/08/2020 | | |
| **Póliza** | 4236530 | **Nro interno** | | | | | | | |
| **Id tomador** | 3473805 | **Nombre tomador** | ROSA MARIA PASTRANA MONTERO | | | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Id accidentado** | 1003894825 | **Nombre** | MARIA FERNANDA MACIAS PASTRANA | | | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | | | |
| **Diagnósticos** | S097 | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA | | | |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 77709 | GASTOS MEDICOS | LECTURA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS QUE EVIDENCIEN LAS LESIONES QUE DERIVARON LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA ESTABLECER SU PERTINENCIA. ( ART. 31 NUMERAL 15 DECRETO 056 DE 2015) | 100% | 12,867,963 | 12,867,963 | |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | **12,867,963** |
| **9023** | **Pago Neto** | **0** |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | **12,867,963** |

| | |
|---|---|
| Liquidación:<br>JULY.GONZALEZ | Aprobación: |
| Revisó: | Vo. Bo.<br>CLAUDIA MORENO |

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

RECIBIDO 16 ABR 2020

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

FECHA EMISION: 20.05.14
HORA: 09:12:09
PAGINA No: 1

**Numero: 38478** Fecha Ex. 14/10/19 Hora 15:50
Nombre Paciente: 1003894825 MACIAS PASTRANA MARIA FERNANDA
Dirección: CRA52 N 32-39 Telefono:3114782936 Edad:17 A Sexo: F
Medico: JOHN HAHLER ROMERO ABRIL Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES Prioridad: ALTA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES

***HALLAZGOS**

Hay dos placas laterales del extremo libre de los huesos propios de la nariz observándose en una de ella imagen de línea radio lucida sobre el tercio medio proximal del extremo libre de los huesos propios de la nariz que puede corresponder a focos de fractura; que eventualmente puede estar relacionado con una solución de continuidad por pequeño foco de fractura?.
Se recomienda aclarar y confirmar este hallazgo.

## TAC DE CARA

***HALLAZGOS**

Se practican cortes axiales y coronales finos de alta resolución de tres milímetros de espesor cubriendo las estructuras óseas de la cara.

HALLAZGOS:
En el examen es evidente la presencia de fractura del puente nasal tanto de su zona central como del ala derecha e izquierda con fragmentos ligeramente desplazados.
El septum óseo nasal no muestra alteraciones.
Las alas esfenoidales, las láminas papiráceas del etmoides y el canal óptico son normales.
El contenido de las orbitas no muestra alteraciones.
Los senos frontales, el laberinto etmoidal tienen transparencia normal.
En los senos maxilares se advierten engrosamientos mucoperióstico polipoide del seno maxilar izquierdo.
El cuerpo del malar y los arcos cigomáticos no muestran alteraciones.
También se observa imagen de fractura del maxilar superior con fragmentos óseos laminares desprendidos del reborde anterior del maxilar inferior y desprendimiento de la espina nasal de maxilar superior.

## TAC MAXILAR INFERIOR

***HALLAZGOS**

Se practican cortes finos axiales y coronales de alta resolución cubriendo los diferentes segmentos del maxilar inferior.

HALLAZGOS:
En el examen es evidente la presencia de múltiples fracturas que comprometen las ramas ascendentes del maxilar inferior por debajo del cóndilo del maxilar inferior, estas fracturas se advierten anguladas y desplazadas y hay subluxación de la articulación temporo mandibular izquierda.
También se advierten imágenes de fracturas a nivel de la sínfisis del mentón en la línea, un foco de fractura compromete todo el maxilar inferior moderadamente diastasada y desplazada.
Edema de los tejidos blandos adyacentes al maxilar inferior.

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.05.14 |
| HORA: | 09:12:09 |
| PAGINA No: | 2 |

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

**CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436**

**SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.**

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.02.29 | 15:51:16 | 2020.04.14 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 1400

**ENTIDAD RESPONSABLE** ( AT1324 )
**NIT:** 860002400 LA PREVISORA S.A.
**DIRECCION:** CLL 57 # 09 07 BOGOTA DC
**TELEFONO:** 8711773
**CONTRATO/PLAN** 001 01 SOAT
**REGIMEN** OTRO REGIMEN
**TIPO CONTRATO** EVENTO
**VIA DE INGRESO** AMBULATORIA
**ORDEN SS** 81537,83346,83816,83841
**AUTORIZACION**
**FEC-HOR INGRES** 2019.09.17 - 19:59
**FEC-HORA EGRESO** 2019.10.23 - 12:20

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE**
**DOCUMENTO:** RC - 1077731888 VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN
**EDAD :** 5 Anos
**DIRECCION:** VEREDA BAJO PIRAVANTE CAMPOALEGRE
**TELEFONO:** 3204373958
**OBSERVACIONES:** ADM: 81537,83346,83816,83841

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** | | | | | | | | | | | |
| | 1i Interv 100% | | | | | | | | | | |
| 13251 | REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO | 18-Sep-2019 | 39004 | 1 | 06 | 100.0% | 1-CIRUJANO | FGR | 1 | 212,000 | 212,000 |
| 39104 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO | 18-Sep-2019 | 39104 | 1 | 06 | 100.0% | 2-ANESTESI | JHT | 1 | 125,900 | 125,900 |
| 39117 | GRUPO 06 | 18-Sep-2019 | 39117 | 1 | | 100.0% | 3-AYUDANT | CLF | 1 | 55,500 | 55,500 |
| 39208 | GRUPO 06 | 18-Sep-2019 | 39208 | 1 | | 145.0% | 4-DER.SALA | CLF | 1 | 605,600 | 605,600 |
| 39305 | MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G | 18-Sep-2019 | 39305 | 1 | | 100.0% | 5-MATERIAL | CLF | 1 | 63,800 | 63,800 |
| | 2i+ #Via, =Ciruj | | | | | | | | | | |
| 13251 | REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO | 18-Sep-2019 | 39004 | 4 | 06 | 75.00% | 1-CIRUJANO | FGR | 1 | 159,000 | 159,000 |
| 39104 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO | 18-Sep-2019 | 39104 | 4 | 06 | 75.00% | 2-ANESTESI | JHT | 1 | 94,400 | 94,400 |
| 39117 | GRUPO 06 | 18-Sep-2019 | 39117 | 4 | | 75.00% | 3-AYUDANT | CLF | 1 | 41,600 | 41,600 |
| 39208 | GRUPO 06 | 18-Sep-2019 | 39208 | 4 | | 72.50% | 4-DER.SALA | CLF | 1 | 302,800 | 302,800 |
| 39305 | MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXIGENO, AGENTES Y G | 18-Sep-2019 | 39305 | 4 | | 75.00% | 5-MATERIAL | CLF | 1 | 47,800 | 47,800 |
| **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | | | | | | | |
| 028203 | ELECTRODOS MONITOREO 3M. | | | | | | | | 3 | 1,000 | 3,000 |
| | HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO | | | | | | | | 1 | 9,500 | 9,500 |
| | GASA ESTERIL PAQUETICOS | | | | | | | | 6 | 0 | 0 |
| 010101 | GUANTE EXAMRN TALLA S | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| | MASCARA FACIAL N 2 KRAMER | | | | | | | | 1 | 7,000 | 7,000 |
| 935100 | VENDA YESO DE 4X5 | | | | | | | | 2 | 8,300 | 16,600 |
| 010102 | GUANTE ESTERIL 8 .0 | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| | VENDA ALGODON 4X5 | | | | | | | | 2 | 3,300 | 6,600 |
| 015501 | JERINGA X 50ML PRECISION CARE | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 066100 | GUANTE ESTERIL NO. 7.5 | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| 908606 | GUANTE ESTERIL NO. 7 MEDISPO | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| | JERINGA X 5ML G 21 -1 X 1/2 | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 015501 | JERINGA X 10 ML 21G-1 X 1/2 | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| | COMPRESAS ESTÉRILES ULTRAMED | | | | | | | | 5 | 0 | 0 |
| **MEDICAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| 19927257 | CLORURO DE SODIO 0.9%X500ML BAXTER | | | | | | | | 3 | 0 | 0 |
| 19932754 | CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 19903409 | FENTANILO CITR 0.05 MG/10ML FENTANILO | | | | | | | | 4 | 0 | 0 |
| 19924285 | TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| 20006845 | DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML | | | | | | | | 1 | 0 | 0 |
| | OXIGENO POR CANULA EN SALA RECUPERACION | | | | | | | | | 0 | 0 |
| | SEVORANE 250 ML | | | | | | | | | 0 | 0 |
| **IMAGENES DX** | | | | | | | | | | | |

Grupo MOK - Previsora
17 MAR 2020
DOCUMENTOS RECIBIDOS

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

Yaneth.

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***

***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 55977bbb4ccaffb0033f6ca840a995955e60b56ceb680a4ab3386284c13810549539a74d3940a7ab33defbebea6bf7b8

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

**CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436**

**SERVICIO EXCLUIDO DE IVA - ART. 476 DEL E.T.**

*Somos Grandes Contribuyentes
Resolución 012635 de 14-12-2018
*No Somos Autoretenedores de Renta
*Autoretenedor del Impuesto Industria y Comercio
Art. 637 Acuerdo 028 del 2018

| FECHA | HORA | VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| NEIVA ,2020.02.29 | 15:51:16 | 2020.04.14 |

**FACTURA DE VENTA No.**
FEC1 - 1400

| COD.SS/MAT | DESCRIPCION DEL SS/INSUMO/ | Fecha | Codigo | Via | GRQ | % | FACT | MD | CANT | VR.UNITARIO | VR.TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO | 2019.09.18 | 873206 | | FGR | | | | 1 | 46,700 | 46,700 |
| 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO | 2019.10.23 | 873206 | | FGR | | | | 1 | 46,700 | 46,700 |
| OTROS | | | | | | | | | | | |
| CABEST | CABESTRILLO GASA N-A | 2019.09.18 | CABESTRILL | | ECF | | | | 1 | 0 | 0 |
| 39137 | CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | 2019.09.18 | 890202 | | FGR | | | | 1 | 40,900 | 40,900 |
| 39139 | CONSULTA PREANESTESICA | 2019.09.18 | 890202 | | JHT | | | | 1 | 40,900 | 40,900 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.10.16 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | 2019.10.23 | 890302 | | FGR | | | | 1 | 47,800 | 47,800 |
| 39221 | DERECHOS DE SALA DE YESOS | 2019.10.23 | S22103 | | ECF | | | | 1 | 64,000 | 64,000 |

| VALOR BRUTO: | 2,085,900 | CUOT.MODER/COPAGO | 0 | TOTAL A PAGAR $ | 2,085,900 |
|---|---|---|---|---|---|

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

**FACTURADOR :** LAURAESC LAURA XIMENA ESCOBAR

Grupo MCK - Previsora
17 MAR 2020
DOCUMENTOS RECIBIDOS

SI DESPUES DE 3 DIAS HABILES DE RECIBIDA LA PRESENTE FACTURA NO SE REALIZA NINGUN RECLAMO, SE TENDRA COMO IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA POR EL CLIENTE SEGUN ART. 773 DEL CCIO MODIFICADO POR EL ARTICULO 86 DE LA LEY 1676 DE 2013

*NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 667 CODIGO DEL COMERCIO*
*FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA NIT. 800.110.181-9*

***Autorizacion de facturacion de la Dian: 18763002173391 De Fecha: 2019.11.30 por una vigencia de: 18 Meses***

***Modalidad ELECTRONICA Desde: FEC1-00000001 Hasta: FEC1-00040000 AUTORIZA***

**Cufe:** 55977bbb4ccaffb0033f6ca840a995955e60b56ceb680a4ab3386284c13810549539a74d3940a7ab33defbebea6bf7b8

CLINICA DE FRACTURAS
Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800.110.181-9

ABONO 1 $ 249.000 → 7-4-20
ABONO 2 $ -0-
GLOSA ACEPT -0-
SALDO 1'836.900
Cristian Muñoz
CARTERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

# FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

## PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

**Usuario** ELIANA KERGUELEN AVILEZ

**Fecha Radicaci¾n:** D D M M A A A A

**No.Radicado**

**RG** [ ]

**No. Radicado Anterior**
**{Respuesta a glosa, marcar x en RG}**

**Nro. Factura \Cuenta de Cobro** 1400

## I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

**Razon social** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

**Codigo Habilitacion:** 410010046601 **Nit:** 8001101819

## II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

VALENCIA — **1er.Apellido o Razon Social**

RIVERA — **2do.Apellido**

JUAN — **1er.Nombre**

ESTEBAN — **2do.Nombre**

**Tipo de Documento:** CC CE PA TI RC[X] AS MS

**No. Documento:** 1077731888

**De:** 41132 **Fecha de Nacimiento:** 16/05/2014 **Sexo:** F [ ] M [X]

**Direcci¾n:** VEREDA BAJO PIRAVANTE

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **Telefono:** 3204373958

**Municipio:** CAMPOALEGRE **Cod.** 132

**Condicion del accidentado:** [ ] Conductor [ ] Peaton [X] Ocupante [ ] Ciclista

## III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Naturaleza del Evento:**

**Accidente de Transito** [X]

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Naturales:** | **Sismo** | [ ] | **Maremoto** | [ ] | **Erup. Volcanicas** | [ ] | **Huracßn** [ ] |
| | **Inundaciones** | [ ] | **Avalancha** | [ ] | **Desliz. de Tierra** | [ ] | **Incendio Natural** [ ] |
| **Terroristas:** | **Explosi¾n** | [ ] | **Masacre** | [ ] | **Mina Antipersonal** | [ ] | **Combate** [ ] |
| | **Incendio** | [ ] | **Ataques a Municipios** | [ ] | **Desplazados** | [ ] | |

**Otros** [ ] **Cual?**

**Direcci¾n de la Ocurrencia:** KM 92 VEREDA PIRABANTE BAJO

**Fecha Evento/Accidente:** 17/09/2019 **Hora:** 15:30

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municipio:** CAMPOALEGRE **Cod.** 132 **Zona:** U [ ] R [X]

**Informe del accidente (Relato breve de los hechos):**
OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS FTY94C SE LE RONCEA LA LLANTA CUANDO PASA POR UN ARENAL Y CAE SUFRIENDO LESIONES.

## IV.DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

**Estado de Aseguramiento:** **Aseg.** [X] **No Aseg.** [ ] **Vehi. Fantasma.** [ ] **P¾liza falsa** [ ] **Vehiculo en Fuga** [ ]

**Marca:** PULSAR **Placa:** FTY94C

**Tipo de Servicio:** **Particular** [X] **Publico** [ ] **Oficial** [ ] **Vehiculo de Emergencia** [ ]

**Vehiculo de Servicio diplomßtico o consultar** [ ] **Vehi. de transporte masivo** [ ] **Vehi. Escolar** [ ]

**Codigo Aseguradora:** AT1324 **intervenci¾n de la Auto.** **Si** [ ] **No** [X]

**Poliza SOAT No** 1308004233394000 **Cobro excedente P¾liza** **Si** [ ] **No** [X]

**Vigencia de la Poliza:** **Desde:** 02/08/2019 **Hasta:** 01/08/2020

## V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

POLANIA — **1er.Apellido o Razon Social**

BARREIRO — **2do.Apellido**

RAQUEL — **1er.Nombre**

**2do.Nombre**

**Documento de identidad:** CC[X] CE PA NIT TI RC

**No. Documento** 36088463

**Direccion:** NO REGISTRA

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41

**Municipio:** CAMPOALEGRE **Cod.** 132 **Telefono:** NO REGISTR

**Total Folios:** 0

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resoluci¾n 01915 28 MAY 2008

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

| 1er.Apellido | 2do.Apellido |
|---|---|
| BELTRAN | LOSADA |

| 1er.Nombre | 2do.Nombre |
|---|---|
| DANILO | |

**Tipo de Documento:** CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC [ ] AS [ ] **No. Documento** 83089464

**Direcci¾n:** CALLE 20A NO 12 04

**Departamento:** HUILA **Cod.** 41 **TelÚfono:** 3155542495

**Municipio:** CAMPOALEGRE **Cod.** 132

## VII. DATOS DE REMISION

**Tipo de referencia:** **Remisi¾n** [X] **Orden servicio** [ ]

**Fecha de Remisi¾n:** 23/10/2029 a las 12:20

**Prestador que remite:** ESE HOSPITAL DEL ROSARIO **C¾digo de inscripci¾n:** 411320047701

**Direccion:** CAR 9 N 32 50 **Telefono:** 098 8381481 HUILA-CAMPOALEGRE

**Profesional que Remite:** HEIDER JOSE ROMERO **Cargo:** MEDICO GENERAL

**Fecha de Aceptaci¾n:** 17/09/2020 a las 18:10

**Prestador que recibe:** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA **C¾digo de inscripci¾n:** 410010046601

**Direccion:** CALLE 18 N 6-65 **Telefono:** 8756349 HUILA-NEIVA

**Profesional que recibe:** ROBERTO DIAZ SANCHEZ **Cargo:** MEDICO GENERAL

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

**Diligenciar ·nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)**

**Datos del Vehiculo:** **Placa No.**

**Transporto la victima desde :** **Hasta :**

**Tipo de Transporte:** **Ambulancia Bßsica** [ ] **Ambulancia Medicalizada** [ ] **Lugar donde recoge la victima** **Zona:** U [ ] R [ ]

## IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

**Fecha de ingreso:** 17/09/2019 **a las** 19:59

**Diagnostico presuntivo de Ingreso**

**Diagnostico definitivo de Ingreso**

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**Diagnostico relacionado de Ingreso**

**Fecha de Egreso:** 23/10/2019 **a las** 12:20

**Diagnostico presuntivo de Egreso**

**Diagnostico definitivo de Egreso**

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**Diagnostico relacionado de Egreso**

| 1er.Apellido del MUdico o Profesional tratante | 2do.Apellido del MUdico o Profesional tratante |
|---|---|
| SANCHEZ | |

| 1er.Nombre del MUdico o Profesional tratante | 2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante |
|---|---|
| ROBERTO | DIAZ |

**Tipo Documento** CC [X] CE [ ] PA [ ] **No. Documento** 1075265171

**N·mero de Registro de MÚdico** 1075265171

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | VALOR TOTAL FACTURADO | VALOR RECLAMADO AL FOSYGA |
|---|---|---|
| GASTOS MEDICO QUIRURGICOS | 2085900 | 0 |
| GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA | 0 | 0 |

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripci¾n de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tÚnico numero 2.

## XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci¾n prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci¾n consignada en este formulario es cierta y podrß ser verificada por la Direcci¾n General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci¾n Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep·blica con la IPS y las aseguradoras de no ser asÝ, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci¾n.

DRA. MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS

NOMBRE CC. 55.151.445 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

# EPICRISIS

**1077731888 - 29926**

FECHA EMISION: 20.01.08
HORA: 16:47:59

**PACIENTE:** VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN

DOC.IDENT: RC 1077731888 SEXO: MASCULINO DIRECCION: VEREDA BAJO PIRAVANTE
FCHA.NACTO: 14.05.16 EDAD: 5 A CIUDAD: CAMPOALEGRE TEL: 3204373958
EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: A+

SERVICIO DE INGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 19.09.17 HORA DE INGRESO: 19:59
SERVICIO DE EGRESO: 3-URGENCIAS FECHA DE EGRESO: 19.10.23 HORA DE EGRESO: 12:20
ENTIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S526 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO
CONFIRMADO: S524 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**FECHA: 19.09.17-20:13:17 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS FTY94C SE LE RONCEA LA LLANTA CUANDO PASA POR UN ARENAL Y CAE SUFRIENDO LESIONES PERSONALES

***** ENFERMEDAD ACTUAL *****
PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS, QUIEN SE ENCONTRABA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES DE SALUD. HASTA QUE APROXIMADAMENTE HACE 5 HORAS (15:30 HRS 17/9/2019), PRESENTÓ UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE AL MOVILIZARSE EN MOTOCICLETA EN CALIDAD DE SEGUNDO PARILLERO COLISIONA TRAS CRUZAR POR UNA VIA LLENA DE PIEDRAS Y ARENA, LO QUE GENERA QUE PIERDA LA ESTABILIDAD Y COLISIONE. GENERANDO MÚLTIPLES TRAUMATISMOS, CONSULTA A SU PRIMER NIVEL DONDE VALORAN Y DECIDEN REMITIR A NUESTRA INSTITUCIÓN EN AMBULANCIA MUNICIPAL, AL INGRESO PACIENTE ESTABLE, SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, SE INGRESA PARA VALORACIÓN DE URGENCIAS.

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 98/60 FC: 110 FR: 22 TEMP: 36.5 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
NORMOCEFALO CON ESCLERAS ANICTERICAS, SIN LESIONES
<<CUELLO>>
MOVIL SIMETRICO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS
<<TORAX>>
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS
<<ABDOMEN>>
BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
<<GENITOURINARIO>>
SE OMITE
<<PELVIS>>
NO DOLOROSA LA PALPACION
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
MANO DERECHA CANALIZADA CON TAPON. ANTEBRAZO IZQ INMOVILIZADO CON FERULA DE YESO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON ADECUADA PERFUSION TISULAR.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

<<NEUROLOGICO>>
ALERTA, SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE
<<PIEL>>
LO DESCRITO
<<FANERAS>>
LO DESCRITO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCONTRABA COMO SEGUNDO PASAJERO DE MOTOCICLETA QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (APORTA IMAGENES DE PRIMER NIVEL), SE INDICA DEJAR EN OBSERVACION PARA VALORACION POR ORTOPEDIA.
DICLOFENACO 75MG /3ML CANT: 2 20 MG IV CADA 8 HRS
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 2 PARA DILUIR MEDICAMENTOS

- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION.
- REVALORAR.
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**FECHA: 19.09.18-00:28:18 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
DICLOFENACO 75MG /3ML CANT: 3 20 MG IV CADA 8 HRS
CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 3 PARA DILUIR MEDICAMENTOS

- NADA VIA ORAL DESPUES DE LAS 8 AM
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA.
- TAPON VENOSO, VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS.
- MANTENER EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO.
- NO MOJAR INMOVILIZACIÓN.
- PREVENIR CAIDAS.
- P/ VALORACION POR ORTOPEDIA.
- MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBÓTICAS.
- VIGILAR PERFUSIÓN Y PULSOS DISTALES, INFORMAR ALTERACIÓN CLÍNICA.
- REGISTRO Y CONTROL DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS.

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS, CON IDX
- FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQ
- ACCIDENTE DE TRANSITO

** SUBJETIVO:
REFIERE ESTAR PASANDO BUENA NOCHE HASTA EL MOMENTO

** OBJETIVO:



29

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES APARENTES, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
SIGNOS VITALES: TA 97/66 MMHG; FC 98 LPM; FR 19 RPM; SAO2 98%; TEMP 36.5°C
C/C: NORMOCÉFALO, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ CON ESCLERAS ANICTÉRICAS. CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN MASAS, NI ADENOMEGALIAS.
C/P: NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NI VISCEROMEGALIAS.
EXT: ANTEBRAZO IZQ INMOVILIZADEO CON FERULA DE YESO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON ENURVOASCULAR COSNERVADO
NEU. ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, SIN DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, NI SIGNOS DE FOCALIZACIÓN.GLASGOW 15/15.

** ANALISIS:
PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS E HISTORIA ANOTADA,DE MOMENTO CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLÍNICA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, CON BUENA MODULACIÓN DEL DOLOR, TOLERANDO LA VÍA ORAL. A ESPERA DE CONCEPTO POR PARTE DE ORTOPEDIA PARA DEFINIR EGRESO. DE MOMENTO CONTINÚA IGUAL MANEJO Y VIGILANCIA CLÍNICA.

**FECHA: 19.09.18-08:03:19 // AREA: VALORACION X ESPECIALISTA (INT // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MUÑECA IZQUIERDA
AL EXAMEN FISICO PRESENTA LEVE DOLOR LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE MUÑECA IZQUIERDA , DEFORMIDAD EN MUÑECA CON BUEN PEFUSION DISTAL NEUROVASCULAR NORMAL
RX FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO

PLAN
NADA VIA ORAL
SE PROGRAMA PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA

**FECHA: 19.09.18-08:03:31 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA)**
**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
**** DESCRIPCION DEL ESPECIALISTA ****
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MUÑECA IZQUIERDA
AL EXAMEN FISICO PRESENTA LEVE DOLOR LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE MUÑECA IZQUIERDA , DEFORMIDAD EN MUÑECA CON BUEN PEFUSION DISTAL NEUROVASCULAR NORMAL
RX FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO

PLAN
NADA VIA ORAL
SE PROGRAMA PARA PASAR A SALAS DE CIRUGIA

**** DIAGNOSTICOS ****
S524-FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO TIPO FRAC: CERRADA

24

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.09.18-08:43:07 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

LACTATO RINGER X 500ML CANT: 1 PASAR A 15 ML CADA HORA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE QUIEN ESTA PROGRAMADO PARA CIRUGIA AL LLAMADO, POR LO CUAL SE ORDENAN LEV

**FECHA: 19.09.18-12:55:48 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2019.09.18-12:55:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

POR ORDEN DE ORTOPEDIA SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA

**FECHA: 19.09.18-13:15 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 155 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

MEDICO CIRUJANO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA MEDICO ANESTESIOLOGO: JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO
MEDICO AYUDANTE: MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA
INSTRUMENTADOR(A): SINDY

HORA INICIAL/FINAL: 13:15 / 13:45 DURACION: 00:29

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

| | | |
|---|---|---|
| REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO | VIA: 1 | MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA |
| REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO | VIA: 1 | MEDICO: FRANCISCO HERNANDO GARCIA |

No. DESCRIPCION: 6641
TIPO DE ANESTESIA: GENERAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 01 EGRESO: VIVO



27

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

INCISION: NO APLICA

HALLAZGOS : FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO

DESCRIPCION QUIRURGICA :

BAJO ANESTESIA GENERAL SE PRACTICARON MANIOBRAS PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDOS CON EXITO + INMOVILIZACION YESADA . SE HACE CONTROL CON ARCO EN C . NO COMPLICACIONES

**FECHA: 19.09.18-13:23:00 // AREA: VALORACION PRE-QUIRURGICA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO DEFORMIDAD Y DOLOR EN RADIO Y CUBITO , NEURO VASCULAR NORMAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

**FECHA: 19.09.18-13:23:30 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****

BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO DEFORMIDAD Y DOLOR EN RADIO Y CUBITO , NEURO VASCULAR NORMAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15



2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**FECHA: 19.09.18-14:17:41 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

**FECHA: 19.09.18-14:30:28 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

PLA
SALIDA CON ACETAMINOFEN
CONTROL CE EN 20 DIAS
** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN JBE FCO 1
TOMAR 12 CC CADA 6 HORAS
CONTROL CE EN 20 DIAS DR GARCIA
NO MOJAR YESO
ASISTIR POR URGENCIAS SI DOLOR INTENSO

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

POP INMEDIATO SIN COMPLICACIONES
RX ANTEBRAZO IZQ CONTROL POP FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQ REDUCIDAS CON INMOVILIZACION YESADA.

**FECHA: 19.09.18-14:51:01 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DIPIRONA MAGNESICA 2G/ 5 ML CANT: 1 1 GRAMO ENDOVENOSO DILUIDO DOSIS UNICA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMP CANT: 1 25 MG ENDOVENOSOS DOSIS UNICA

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

PACIENTE TRAIDO A CIRUGIA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQ. SE ORDENA ANALGESIA POP

**FECHA: 19.09.18-17:52:41 // AREA: HISTORIA DE CIRUGIA // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

>> DE LA EVOLUCION

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

>>EGRESO MEDICO:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: ORTOPEDIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 2019.09.18-14:51:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**FECHA: 19.10.16-10:21:19 // AREA: HISTORIA CONSULTA EXTERNA ESP // (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)**

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
VIENE A CONTROL POST OPERATORIO INMEDIATO DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO YESO EN BUEN ESTADO , NO MAL OLOR , LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE PUÑO Y DEDOS
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS *****

PRACTICAR EN 8 DIAS
RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
MANTIENE INMOVILIZACION
TERAPIA EN CASA
NO MOJAR
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 8 DIAS CON RX PARA VALORAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION DE L A FRACTURA
SE SOLICITA RX DE CONTROL EN 8 DIAS

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.10.16-10:45:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

MANTIENE INMOVILIZACION
TERAPIA EN CASA
NO MOJAR

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**>> DEL INGRESO**

***** MOTIVO DE LA ATENCION *****
VIENE A CONTROL DE REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO , TRAE RX DE CONTROL SOLICITADO EN CONSULTA PREVIA

***** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
BUENO
CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO YESO EN BUEN ESTADO NO MAL OLOR
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

***** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****
PLAN
RETIRAR YESO AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 2 SEMANAS PARA VALORAR LA MOVILIDAD DE CODO Y PUÑO

DESTINO A LA SALIDA: Control posterior SERVICIO: CEO

FECHA-HORA DE EGRESO: 2019.10.23-12:00:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

RETIRAR YESO AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 2 SEMANAS PARA VALORAR LA MOVILIDAD DE CODO Y PUÑO

**>> DE LA EVOLUCION**
***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
RETIRAR YESO AHORA
CURACION AHORA
TERAPIA EN CASA
AGUA TIBIA
CONTROL CE POR ORTOPEDIA EN 2 SEMANAS PARA VALORAR LA MOVILIDAD DE CODO Y PUÑO

RX DE PUÑO IZQUIERDO FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO CONSOLIDADA + FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO CONSOLIDADA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

**MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)**

**>> DE LA EVOLUCION**

***** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****

SALA: 11 - SALA DE YESOS
HORA INICIAL/FINAL: 12:00 / 12:20 DURACION: 00:20

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DERECHOS DE SALA DE YESOS VIA: QUIEN REALIZA: ESTEFANY CLEVES FACUNDO

*** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

12:00 USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE YESO EN MANO IZQUIERDO SE TRASLADA USUARIO A SALA DE YESO CON PREVIA TECNICA SE REALIZA RETIRO DE YESO SIN NINGUNA COMPLICACION ALGUNA.

| **DIAGNOSTICOS AL EGRESO** | **TIPO** | **GRADO** |
|---|---|---|
| CONFIRMADO: S525 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO | CERRADA | |

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO



Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.051.582
R.M. No. 12462-82

***Registro Medico:***

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 6641

Orden de Servicio N·mero: 180-1 -81537 Fecha 18/09/19

Nombre Paciente: VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN 1077731888 Edad: 5 Sexo: M

Hora inicio 13:15 Hora fin: 13:45 Duraci¾n: 00:29 Tipo de Anestesia: GENERAL

Cirujano: FGR- FRANCISCO HERNANDO GARCIA Ayudante: MMP- MARCO ANTONIO MOTTA POLANIA

Anestesi¾logoJHT- JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO InstrumentacionSINDY

Clase de cirugia: AMBULATORIA Tipo de cirugia: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

| Diagn¾sticos Pre-Operatorios: | Diagn¾sticos Post-Operatorios: |
|---|---|
| 1. S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO IZQUIERDO | 1. S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO IZQUIERDO |

Descripcion de las intervenciones Realizadas:

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| 13251 | REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO | FGR | 1 - 1i Interv 100% |
| 13251 | REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO | FGR | 1 - 1i Interv 100% |

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Descripci¾n: INCISION: NO APLICA

HALLAZGOS : FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO

DESCRIPCION QUIRURGICA :

BAJO ANESTESIA GENERAL SE PRACTICARON MANIOBRAS PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDOS CON EXITO + INMOVILIZACION YESADA . SE HACE CONTROL CON ARCO EN C . NO COMPLICACIONES

AnatomÝa Patol¾gia:

Complicaci¾n: -

Descripci¾n de la complicaci¾n

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

.



Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.951.502
R.M. No. 12462-52

CIRUJANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

## 1077731888

**ADMISION N_:** 81537

**NOMBRE:** VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN **Num. Id-:** RC 1077731888

**FECHA NACIMIENTO:** 2014.05.16 **EDAD:** 5 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

**FECHA DE INGRESO:** 2019.09.18 **HORA DE INGRESO:** 13:23:00 **Fecha/Hora de registro:** 2019.09.18 13:23

**DIRECCION:** VEREDA BAJO PIRAVANTE **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3204373958

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:**

**OBSERVACION** (Inst)

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2019.09.18

<< REGISTRO: 13:23:00 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

**MOTIVO DE LA ATENCION:** 02 ACCIDENTE DE TRANSITO **FINALIDAD:** 10 / NO APLICA

**TIPO DE CONSULTA:** CPQ CONSULTA PREQUIRURGICA **TIPO DIAG:** NUEVO

**MOTIVO CONSULTA**

VIENE PARA OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO

**REVISION POR SISTEMA**

BUENO

**ANTECEDENTES**

--><<2019.08.08-23:53:08>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 79057

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

--><<2019.08.13-16:23:56>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 79293

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2019.09.17-20:13:17>>, (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL) H.U. 81448

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<19.09.18-13:23:00>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 81537

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 17 DE SEPTIEMBRE DEL 2019 REMITIDO DE CAMPO ALEGRE - HUILA

2C

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

**1077731888**

**ADMISION N_:** 81537

**NOMBRE:** VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN **Num. Id-:** RC 1077731888

**FECHA NACIMIENTO:** 2014.05.16 **EDAD:** 5 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

**FECHA DE INGRESO:** 2019.09.18 **HORA DE INGRESO:** 13:23:00 **Fecha/Hora de registro:** 2019.09.18 13:23

**DIRECCION:** VEREDA BAJO PIRAVANTE **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3204373958

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:**

**OBSERVACION** (Inst)

<< REGISTRO: 13:23:00 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

10 / NO APLICA

NUEVO

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO EL DIA 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2019

--><<19.09.18-14:49:13>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 81537

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE RADIO IZQ HACE 1 MES

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

## ** EXAMEN FISICO **

**SIGNOS VITALES** **TA:** 90/60 **FC:** 116 **FR:** 22 **Tmp:** 37 **PESO:** **TALLA:**

**EXAMEN FISICO**

CABEZA : NORMOCEFALO, MUCOSA HUMEDAS ROSADAS, ANICTERICAS
CUELLO : MOVIL, NO ADENOPATIAS
TORAX .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, SIN ESTERTORES, SIN RONCUS
ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS.
MIEMBROS : PUÑO IZQUIERDO DEFORMIDAD Y DOLOR EN RADIO Y CUBITO , NEURO VASCULAR NORMAL
SNC: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO y ESPACIO, GLASGOW 15/15

## ** DIAGNOSTICO - PLAN - ESTUDIOS -TRATAMIENTOS - EVOLUCION **

1

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

# VALORACION PRE-QUIRURGICA

**1077731888**

**ADMISION N_:** 81537

**NOMBRE:** VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN **Num. Id-:** RC 1077731888

**FECHA NACIMIENTO:** 2014.05.16 **EDAD:** 5 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U

**FECHA DE INGRESO:** 2019.09.18 **HORA DE INGRESO:** 13:23:00 **Fecha/Hora de registro:** 2019.09.18 13:23

**DIRECCION:** VEREDA BAJO PIRAVANTE **CIUDAD:** CAMPOALEGRE **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3204373958

**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

**DIRECCION:**

**OBSERVACION** (Inst)

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

**ANALISIS/PLAN**

PLAN

OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO

DESTINO A LA SALIDA: Remitido a Quirofano SERVICIO: CIRUGIA

FECHA-HORA DE EGRESO: 19.09.18-13:22:55 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**RESULTADO DE PROCED/EXAMENES**

RX DE PUÑO IZQUIERDO FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO

## ** SALIDA DEL PACIENTE **

**DESTINO SALIDA:** Remitido a Quirofano **SERVICIO:** CIRUGIA

**FECHA DE EGRESO:** 2019.09.18 **HORA DE EGRESO:** 13:22:55 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

**ESTADO A LA SALIDA:** VIVO

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.961.582
R.M. No. 12462-52

***Dr. FRANCISCO HERNANDO GARCIA***

***Registro Medico: 455***

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 81537 - 9684

NOMBRE: VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN C.C. -TI-RC-OTRO 1077731888
EDAD: 5 A FECHA DE NACIMIENTO: 2014.05.16 SEXO: M
DIRECCION: VEREDA BAJO PIRAVANTE TELEFONO: 3204373958
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**FECHA:** 2019.09.18
**CIRUGIA O PROCEDIMIENTO:** REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO SOD

**ANTECEDENTES:**

HISTORICO

--->><<2019.08.08-23:53:08>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 79057
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

--->><<2019.08.13-16:23:56>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 79293

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2019.09.17-20:13:17>>, (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 81448
*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--->><<19.09.18-13:23:00>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.PREQX: 81537
ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 17 DE SEPTIEMBRE DEL 2019 REMITIDO DE CAMPO ALEGRE - HUILA
OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO + REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO EL DIA 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2019

--->><<19.09.18-14:49:13>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 81537

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE RADIO IZQ HACE 1 MES

ANESTESICOS: 1 ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 81537 - 9684

NOMBRE: VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN C.C. -TI-RC-OTRO 1077731888
EDAD: 5 A FECHA DE NACIMIENTO: 2014.05.16 SEXO: M
DIRECCION: VEREDA BAJO PIRAVANTE TELEFONO: 3204373958
ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

2019.09.18 REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO SOD

**CARDIOVASCULARES:**

**PULMONARES:**

**ANESTÉSICOS:**

**QUIRÚRGICOS:**

**FARMACOLÓGICOS:**

**TÓXICO - ALÉRGICOS:**

**OTROS:**

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

---

**EXAMEN FISICO:**
**PA:** 113/58 **FC:** 103 **FR:** 24 **PESO:** 23 **TEMPERATURA:** 37

**CABEZA:**
SIN ALTERACION

**ORL: Mallampaty:**
APERTURA ORAL MAYOR DE 4 CM, MALLAMPATY II, MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR NORMAL

**CUELLO:**
DMT MAYOR DE 7 CM, DME MAYOR DE 13 CM, MOVILIDAD CERVICAL NORMAL

**CARDIOVASCULAR:**
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

**PULMONAR:**
CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

**ABDOMEN:**
SIN ALTERACION

**EXTREMIDADES:**
FERULA DE YESO EN ANTEBRAZO IZQUIERDO

**OTROS:**
SIN ALETRACION

---

**EXAMENES PARACLÍNICOS PRE-QUIRÚRGICOS:**
**Hto:** **Hb:** **Glicemia:** **BUN:** **Creat:** **PT:** **PTT:** **Plaq:**
**INR:** **Hemoclasificiación:** **Grupo:**
**P de O:**

**ECG:**

**Rx TORAX:**

**OTROS:**

---

# VALORACION PREANESTESICA

**ADMISION N_:** 81537 - 9684

NOMBRE: VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN C.C. -TI-RC-OTRO 1077731888

EDAD: 5 A FECHA DE NACIMIENTO: 2014.05.16 SEXO: M

DIRECCION: VEREDA BAJO PIRAVANTE TELEFONO: 3204373958

ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE: TELEFONO:

**DIAGNOSTICO:** S524
FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**PLAN:**
ASA I, CLASE FUNCIONAL I, RIESGO QUIRURGICO BAJO
MONITORIA BASICA, ANESTESIA GENERAL, ANALGESIA POP

**OBSERVACIONES:**

**ORDENES MÉDICAS PRE-QUIRÚRGICAS:**

**** DATOS DEL EGRESO/SALIDA ****

**DEST SALIDA:** Remitido a Quirofano **ESTADO SALIDA:** VIVO **FECHA:** 2019.09.18 **HORA:** 12:58:04

**SERVICIO:** ORTOPEDIA

FIRMA: RM: 11771/90

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

## INFORME DE ANESTESIA

### A - IDENTIFICACION

| 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO (O DE CASADA | NOMBRES | No. HISTORIA CLINICA |
|---|---|---|---|
| Valencia | Rivera | Juan Esteban | 1077738888 |

| FECHA (Día Mes Año Hora) | EDAD (Años Meses Días) | SEXO | TALLA (Cms) | PESO (Kgr) | RIESGO ASA |
|---|---|---|---|---|---|
| 18-09-19 | 5 Años | H☐ M☐ | | 20 | (1) 2 3 4 5 U |

| SERVICIO | SALA O CUARTO | No. DE CAMA | ANESTESIAS PREVIAS |
|---|---|---|---|
| Cirugía | | | |

### B - EVALUACION PREANESTESIA

| TEM | F.R. | F.C. | T.A. | H.B | HTO. | GLIC. | BIL.TOT. | BIL.DRT. | PRO.TOT. | ALBUM | | | | | TyA PROT | T.COG | FUMA | BEBE | GRUPO | R.M. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**DIAGNOSTICO:** X de talla Rep

**OPERACION PROPUESTA** Nalga Cuello F. de cuello rp

HISTORIA Y ANTECEDENTES: ENFERMEDAD ACTUAL-ALERGICOS-ICTERICOS-DISCRASICOS-QUIRURGICOS-TBC-LUES-ASMA-IMAO-ESTEROIDES-HIPOTENSORES-INSULINA-B/BLOQUEADORES-OTROS

ESPECIFICO

FACILIDAD INT SI NO / IOT SI NO — VIA AEREA N — DIENTES N — CUELLO N

HALLAZGOS RELEVANTES LABORATORIO: Nl BHO

RESUMEN Y PLAN: Monitoria Standard anestesia general cuidados Rev

| PREFIERE | ACEPTA | RECHAZA | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | |
| | | | BLOQUEO | |
| | | | PERIDURAL | |
| | | | ESPINAL | |
| | / | | GENERAL | |
| | | | NECESITA SANGRE | NO C.C. |

PREMEDICACION NO

ESTADO PSICOLOGO Tranquilo

FIRMA

### D - POSTOPERATORIO SALA DE RECUPERACION

POSICION

REPARACION E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 / 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

HORA

| NAUSEAS | VOMITOS | TOS | HIPO | CIANOSIS | ARRITMIA | CEFALEA | EXCITACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

HEMORRAGIA

REFLEJOS

MOTILIDAD

OTRAS

RECUPERACION Ok

CONCIENCIA Consciente

DIURESIS +

SENSIBILIDAD +

PIEL Hidratada Pasada

| | |
|---|---|
| 1 | COMENTARIOS |
| 2 | Ingresa en Sala de recuperación en camilla, con barandas, signos vitales estables |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |

TOTALES

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 |

HORA SALIDA Y MOTIVO: Pte con signos vitales estables

FIRMA

14

# C - REGISTRO DE ANESTESIA

EFECTOS PREMEDICACION: O.P. ◯ B ◯ R ◯ M ◯

DIAG PREOPERATORIO

DIAG POSTOPERATORIO

OPERACION

ANESTESIOLOGOS

CIRUJANOS

TIEMPO DE AYUNO: LIQUIDO ____ SOLIDO ____

TECNICA: LOCAL ____ BLOQUEO ____ GENERAL ____ CAUDAL ____ OTRA ____

DESOCIATIVA EPIDURAL ESPINAL ESPACIO NIVEL AGUA

POSICION

REPARACION: CCSC ____ CSA ____ CCC ____ E A C

42 40 38 36 34 32 30 28 26 °C

I OT No ____ I NT No ____

E OT No ____ E NT No ____

PULSO ●

RESPIRACION ○

T.A. XX

INDUCCION Ø

INICIACION Y FINALIZACION ●

NEONATO MASC FEM. g a

PVC XXX

T° ____

TORNIQUETE ■

ECG

1 AL 5 LIQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

6 Ketorolaco
7 Fentanilo
8 Lidocaina
9
10
11

MORA

AGENTES: 1 2 3 4 5

HEMORRAGIAS

DIURESIS

TOTAL C.C. C.C.

TOTALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 10 ml | 7 75 ml | 8 40 ml |
| 9 100 ml | 10 RL | 11 250 ml | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 |

ESTADO AL LLEGAR AL QUIROFANO

ESTADO AL SALIR DEL QUIROFANO

**OBSERVACIONES:**

Oxigeno mascara 5 litros

Oxigeno mascara 5 litros x 2-5 minutos

FIRMA Y CODIGO

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.01.08 |
| HORA: | 16:30:20 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 37644** Fecha Ex. 18/09/19 Hora 14:55
Nombre Paciente: 1077731888 VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN
Dirección: VEREDA BAJO PIRAVANTE Telefono:3204373958 Edad: 5 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo a través de banda de yeso en la que se advierte fractura del tercio medio proximal de la diáfisis del cubito y del radio satisfactoriamente alineado.

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.01.08 |
| HORA: | 16:31:01 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 38774** Fecha Ex. 23/10/19 Hora 15:46
Nombre Paciente: 1077731888 VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN
Dirección: VEREDA BAJO PIRAVANTE Telefono:3204373958 Edad: 5 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: BAJA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo a través de banda de yeso en la que se advierte fractura del tercio medio de la diáfisis del cubito y del radio en vía de consolidación y satisfactoriamente alienada.

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

## DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS No 83841

**Orden de Servicio N·mero:** 180-1 -83841 **Fecha** 23/10/2019

Nombre Paciente: VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN - 1077731888 **Edad:** 5 **Sexo:** M

**Quien Realiza:** ECF- ESTEFANY CLEVES FACUNDO **Sala:** 11 SALA DE YESOS

**Diagn¾sticos Previos:**
1. S524-FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**Diagn¾sticos Definitivos:**
1. S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO IZQUIERDO

**Descripcion de las intervenciones Realizadas:**

| C¾digo | Descripci¾n | MÚdico | Vía |
|---|---|---|---|
| SO1.39221 | DERECHOS DE SALA DE YESOS | ECF | - |

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

**Descripci¾n:** 12:00 USUARIO DE SEXO MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS CON ORDEN DE RETIRO DE YESO EN MANO IZQUIERDO SE TRASLADA USUARIO A SALA DE YESO CON PREVIA TECNICA SE REALIZA RETIRO DE YESO SIN NINGUNA COMPLICACION ALGUNA.

# CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

**NIT: 800110181-9**

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

NEIVA, 8-Ene-2020 16:57:3

**ENTIDAD RESPONSABLE** AT13 ) **TIPO CONTRATO** **ANEXO1** **VIA INGRESO** AMBULATORIA
860002400 LA PREVISORA S.A. EVENTO **MOTIVO** 04 PROCEDIMIENTOS

**CONTRATO/PLAN** **REGIMEN** **EDAD** **ANEXO2:** **Fecha Ingreso:** 2019.10.2 12:00
001 0 SOAT OTRO REGIMEN 5 Años **Fecha Egreso** :

**PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE** **ESTRATO:** **MUNICIPIO** **DIRECCION** **TELEFONO**
1077731888 VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN 1 NIVEL I CAMPOALEGRE VEREDA BAJO 3204373958

| FECHA | Tar | Codigo | Descripción del item | Vendedor | Cantidad |
|---|---|---|---|---|---|
| 2019.10.23 | EXA | GUATES | GUANTE EXAMRN TALLA S | ECF | 1.00 |

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.02.22 |
| HORA: | 17:28:38 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 37644** Fecha Ex. 18/09/19 Hora 14:55
Nombre Paciente: 1077731888 VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN
Dirección: VEREDA BAJO PIRAVANTE Telefono:3204373958 Edad: 5 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo a través de banda de yeso en la que se advierte fractura del tercio medio proximal de la diáfisis de cubito y del radio satisfactoriamente alineado.

**FIRMA**

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

**ESE HOSPITAL DEL ROSARIO**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180039
Carrera 9 No. 32-50

**FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**
Remisión No. 058433
**Historia Clínica No.**
1077731888

**Fecha de remisión** martes, 17 de septiembre de 2019 **Institución a la que se contrarremite** 410010019401
**Razon Social** HOSPITAL DEPARTAMENTAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA

**IDENTIFICACION - LUGAR DE NACIMIENTO y LUGAR DE RESIDENCIA**

| Paciente | Documento | F. Nacimiento | Pais | Departamento | Ciudad | Edad | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JUAN ESTEBAN VALENCIA RIVERA | RC: 1077731888 | 16-may-2014 | COLOMBIA | HUILA | NEIVA | 5 Años | M |

| Dirección: | Teléfonos: | Departamento | Ciudad | Zona |
|---|---|---|---|---|
| VDA BAJO PIRAVANTE, VDA PIRAVANTE BAJO | 3204373958 | HUILA | CAMPOALEGRE | R |

**SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE**
**Entidad** LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS **Regimén** Soat

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

**Nombre responsable:** **Documento:** CC:
**Dirección de residencia:** **Teléfono:**
**Departamento:** 00 **Ciudad:** 00000

**DATOS DE LA REFERENCIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Ingreso:** | martes, 17 de septiembre de 2019 | **Fecha de Egreso:** | martes, 17 de septiembre de 2019 |
| **Servicio que Remite** | Urgencias | **Servicio al que Remite** | Urgencias |
| **Especialidad** | MEDICINA GENERAL | **Especialidad** | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA |
| **Modalidad Solicitud** | REMISION | **Motivo Remisión** | NIVEL DE COMPETENCIA |
| **Nivel que Remite** | 1 Nivel de Complejidad | **Nivel al que Remite** | 3 Nivel de Complejidad |
| **Hora de Solicitud** | 17:01 | **Hora de Confirmación** | |
| **Quien Confirma?** | | **Hora de Llegada** | |
| **Conductor** | | **Placa Ambulancia** | |
| **Referencia a PyP** | No asociado a P y P | **Prioridad de la Remisión** | Urgente |

**ANAMNESIS - REVISION SISTEMAS - EXAMEN FÍSICO**

**Motivo de la Consulta:**
CONSULTORIO: 2
HORA:16:01PM
TA 90/ 65MMHG FC 112 XM T 36.3 C° SPO2 97 % PESO21 KG TALLA: 112 CM FR 20XM
USUARIO MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DE URGENCIAS TRAIDO PÓR LA MADRE POR QUE REFIERE SE ¨CAYO DE UNA MOTO¨, TRAUMA EN BRAZO IZQUERDO.
QUIRURGICOS
- NIEGA
ALERGICOS
- NIEGA

**His.Enfermedad Actual:**
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 1H30MINT DE EVOLUCION CONSITENTE EN CAIDA DE MOTOCICLETA PACIENTE EN CALIDAD DE PASAJERO QUIEN SE DIRIGIA CON LA MADRE QUIENES SUFREN CAIDA OCACIONANDOLES TRUAMA EN ANTEBRAZO IZQ CON DOLOR Y DEPRESION CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD PACIENTE QUIEN SE DA MANEJO SE REALIZA RX DE ANTEBRAZO Y SE AGUARDA A REVALORAR

REVISION X SISTEMAS
Sintomas Generales: No refiere - Neurológico: No Refiere - Endocrino: No refiere - Respiratorio: No Refiere - Cardiovascular: No Refiere - Gastrointestinal: No Refiere - Genitourinario: No Refiere - Locomotor: No refiere
Presión Arterial: 90 / 60 //Frecuencia Cardiaca: 78 //Temperatura: 36.6 //Frecuencia Respiratoria: 19 //Peso: 21 //Talla: 0 //I.M.C.: 0 -

EXAMEN FÌSICO
*Estado General: Regulares condiciones generales *Cabeza y Cuello: Normal *Ocular: Normal *O.R.L.: Normal *Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados *Dorsolumbar: Normal y sin alteraciones *Abdominal: Blando depresible no masas ni megalias *Extremidades: Simétricas, Eutróficas, no edemas con buena perfusión Distal *Piel y Faneras: Normal *Genitourinario: Normal *Mamas: No Aplica *Tacto Rectal: No Aplica *Locomotor: Normal *Ganglionar: Normal *Neurológico: Sin deficit sensitivo ni motor, ROT normales, fuerza muscular conservada *Psiquiátrico: Normal

| Apertura de Ojos | Respuesta Verbal | Respuesta Motora | Escala Glasgow |
|---|---|---|---|
| Espontanea | Converasción orientada | Obedece ordenes | 15/ 15 |

**Causa externa de la consulta:** Accidente de tránsito

**Plan o Conducta a Seguir**
VER ODENES---------- DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA genfar Laboratorio: GENFAR aplicar 1 cc im 1
- Jeringas x 5 cc Laboratorio: MEDICALEX , 1
- CATETER N0 22 Laboratorio: BRAUN , 1
- ATI (ADACTADOR INTERMITENTE) Laboratorio: HARSORIA , 1
- RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO (P.O.S) izq 1
- VENDA DE ALGODÓN 4X 5 Laboratorio: matprifar , 1
- VENDA DE YESO 4X5 Laboratorio: matprifar , 2

**ESE HOSPITAL DEL ROSARIO**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 891180039
Carrera 9 No. 32-50

**FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**
Remisión No. 058433
**Historia Clínica No.**
1077731888

- VENDA ELASTICA 4X5 Laboratorio: KOL VENDAS , 2

**IMPRESION DIAGNOSTICA**

IMPRESION DIAGNOSTICA
- Principal (V299) MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
- Relacionado1: (S598)OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DEL ANTEBRAZO
- Relacionado2: (S524)FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**Analisis Dx** PACIENTE CON DX DE ACCIDENTE DE TRANSITO PACIENTE EN CLAIDAD DE PASAJERO + FRACTURA DE CUBITO Y RADIO DESPLAZADA PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE CON DOLOR EN ANTEBRAZO IZQ CON DEPRESION Y LIIMTACION A LA MOVILIDAD PACIENTE QIEN SE LE REALIZA RX DE ANTEBRAZO EVIDENCINADO FRACTURA DE CUBITO Y RADIO PACIENTE QUIEN SE DECIDE REMITIR A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA VALORACION POR SERVICIO DE ORTOPEDIA PEDIATRICA Y MANEJO ESPECIALIZADO SE EXPLICA A FAMILIARES QUIEN REFIEREN ENTENDER. S542

**Diagnóstico por el cual se remite:** S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**CRITERIO Y JUSTIFICACION**

PACIENTE CON DX DE ACCIDENTE DE TRANSITO PACIENTE EN CLAIDAD DE PASAJERO + FRACTURA DE CUBITO Y RADIO DESPLAZADA PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE CON DOLOR EN ANTEBRAZO IZQ CON DEPRESION Y LIIMTACION A LA MOVILIDAD PACIENTE QIEN SE LE REALIZA RX DE ANTEBRAZO EVIDENCINADO FRACTURA DE CUBITO Y RADIO PACIENTE QUIEN SE DECIDE REMITIR A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA VALORACION POR SERVICIO DE ORTOPEDIA PEDIATRICA Y MANEJO ESPECIALIZADO SE EXPLICA A FAMILIARES QUIEN REFIEREN ENTENDER.

**Resultados Exames**

HC Y RX DE ANTEBRAZO

**HEIDER JOSE ROMERO CASARES**
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1047454473

| CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.<br>NIT 800 110 181-9<br>Calle 18 No. 6-85 Teléfonos: 875 6349 - 875 3436<br>Neiva - Huila | COMPROBANTE/CONSTANCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD | VERSIÓN: 3<br>CÓDIGO:<br>PÁGINA: 1 DE 1 |
|---|---|---|

Neiva, 17/9/19

Señores
Previsora
Ciudad Neiva

Asunto Comprobante de recibido de prestación de servicios y/o constancia de atención.

Yo Flor Milena Rivera identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma o actuando en codición de acudiente y/o representante del usuario Juan Esteban valencia con identificación No. 1077731888, con el mayor de los respetos manifiesto a ustedes, que a través del presente documento confiero **AUTORIZACIÓN** especial al representante Legal de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** y/o quien delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique las facturas de venta originadas por la prestación de servicios de salud y soportes de los servicios que la IPS me ofreció, con cargo a la entidad Previsora, producto de las atenciones prestadas desde 12/9/19 a través de SOAT ☒, ARL ☐, PREPAGADA ☐, SEG.ESTUDIANTIL ☐, EPS ☐.

Atentamente

Paciente

HUELLA

Firma
Nombre:
c.c.

Acudiente o Representante

HUELLA

Firma
Nombre: Flor milena Rivera
c.c. 1119214951

Formato definido de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008, anexo técnico 5 numeral 8
Formato de atención SOAT de conformidad al Decreto 4747 de 2007

6

27/10/2010 27/10/2010

INST MCPAL TTOYTTE CAMPOALEGRE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10001008827

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| FTY94C | BAJAJ | PULSAR 135 LS | 2011 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 134 | ROJO RACING | PARTICULAR |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| MOTOCICLETA | SIN CARROCERIA | GASOLINA | 2 |

NÚMERO DE MOTOR: JEGBTC13878 — REG N — VIN: MD2JDB1Z6BVC04287

NÚMERO DE SERIE — REG N — NÚMERO DE CHASIS: MD2JDB1Z6BVC04287 — REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): POLANIA BARREIRO RAQUEL

IDENTIFICACION: C.C. 36088463

**CATEGORIAS AUTORIZADAS**

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE | 10-01-2022 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 10-07-2024 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 10-07-2017 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01005409096

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 83089464

NOMBRE:
DANILO BELTRAN LOSADA

FECHA DE NACIMIENTO: 23-03-1973 — GRUPO SANGRE-RH: O+

FECHA DE EXPEDICION: 10-07-2014

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA INFR TTOyTTE MCPAL NEIVA

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1973
COLOMBIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ M
ESTATURA G S RH SEXO
09-MAR-1992 CAMPOALEGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1900100-00065323-M-0083089464-20080905 0003015948A 1 6660018919

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 83.089.464
BELTRAN LOSADA
APELLIDOS
DANILO
NOMBRES
FIRMA

RUNT

Consulta Automotores Realizar otra **consulta**

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

| | | | |
|---|---|---|---|
| PLACA DEL VEHÍCULO: | **FTY94C** | | |
| NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO: | **10001008827** | ESTADO DEL VEHÍCULO: | **ACTIVO** |
| TIPO DE SERVICIO: | **Particular** | CLASE DE VEHÍCULO: | **MOTOCICLETA** |

Información general del vehículo

| | | | |
|---|---|---|---|
| MARCA: | **BAJAJ** | LÍNEA: | **PULSAR 135 LS** |
| MODELO: | **2011** | COLOR: | **ROJO RACING** |
| NÚMERO DE SERIE: | | NÚMERO DE MOTOR: | **JEGBTC13878** |
| NÚMERO DE CHASIS: | **MD2JDB1Z6BVC04287** | NÚMERO DE VIN: | **MD2JDB1Z6BVC04287** |
| CILINDRAJE: | **134** | TIPO DE CARROCERÍA: | **SIN CARROCERIA** |
| TIPO COMBUSTIBLE: | **GASOLINA** | FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM /AAAA): | **27/10/2010** |

4

| | | | |
|---|---|---|---|
| TRÁNSITO: | **DPTAL HUILA/RIVERA** | PROPIEDAD: | **NO** |
| CLÁSICO O ANTIGUO: | **NO** | REPOTENCIADO: | **NO** |
| REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN MOTOR | |
| REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN CHASIS | |
| REGRABACIÓN SERIE (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN SERIE | |
| REGRABACIÓN VIN (SI/NO): | **NO** | NRO. REGRABACIÓN VIN | |
| VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO): | **NO** | PUERTAS: | **0** |

**Para conocer el historial de propietarios**

**Consulte el Histórico Vehicular Aquí**

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

| Número de poliza | Fecha expedición | Fecha inicio de vigencia | Fecha fin de vigencia | Entidad expide SOAT | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004233394000 | 01/08/2019 | 02/08/2019 | 01/08/2020 | LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS | VIGENTE |
| 19129825 | 25/07/2018 | 26/07/2018 | 25/07/2019 | COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR | NO VIGENTE |

3

# SOAT

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2019-06-01 | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2019-08-02 | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2020-03-01

Pata SEGUROS

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/WATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1308004233394000 | FTY94C | MOTOS | PARTICULAR | 134 | 2011 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | BAJAJ | SIN CARROCERIA |

LÍNEA VEHÍCULO: PULSAR 135 LS

| No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|
| JEGBTC13878 | MD2JDB1Z6BVC04287 | MD2JDB1Z6BVC04287 | 0.00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| POLANIA BARREIRO, RAQUEL | 3157700138 | CC | 36088463 | CAMPOALEGRE |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 13 | 1303 | 0 | CAMPOALEGRE |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 121 | $ 316500 | $ 159400 | $ 4200 |

TOTAL A PAGAR: $ 480100

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800 | SALARIOS |
| B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | MÍNIMOS |
| C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | LEGALES DIARIOS |
| D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10 | VIGENTES |

FIRMA AUTORIZADA

**RECUERDE QUE:**

-Es obligatorio portar la póliza del SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.

-La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento usted podrá proseguirla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad, impresión física en papel común tamaño carta con código QR, en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.

-En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre el SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

•Recuerde verificar que su póliza esté registrada en el RUNT.

•En el momento en que desee renovar su póliza, no tener SOAT vigente acarrea multas económicas, inclusive la inmovilización del vehículo y un costo de salvamento de tránsito el cobro por todos los días de parqueadero en patios de tránsito.

•Para mayor información ingrese a www.runt.com.co

•Si por alguna razón no le llega su póliza por correo electrónico, le sugerimos revisar la bandeja de correos no deseados o spam, también puede consultar su póliza en la página www.runt.com.co, para lo cual debe ingresar el número de placa del vehículo y el número de documento del propietario.

•Para mayor información comuníquese a nuestra línea de atención al cliente en Bogotá 3487555 opción 1 opción 1, en el resto del país 018000 111 155 opción 1 opción 1.

•Si usted cuenta con una póliza anterior a la vigente, recuerde que puede hacer uso de la misma hasta que inicie su vigencia.

•Para mayor información consulte en www.fosyga.gov.co

De acuerdo con lo establecido en la Circular Externa Única 2017, en la que la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor financiero modificar la vigencia de la póliza cuando el momento de registrar la misma en el RUNT se constate que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A. modificará la vigencia de su fecha de inicio teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentre vigente.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza directamente o por medio de aliados o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, recaudo o ejecución de mi póliza, así como cualquier otro relacionado con mi actividad económica, así mismo autorizo a compañías de seguros, reaseguradoras, comercializadoras de productos y prestadoras de servicios, para que con fines comerciales, de mercadeo y promoción de productos, me ofrezcan los bienes y servicios que consideren de mi interés. Declaro que he sido informado que puedo ejercer mi derecho de habeas data, conocer, actualizar y rectificar la información que reposa en LA PREVISORA S.A. y demás compañías relacionadas en la política de tratamiento de información publicada en la página www.previsora.gov.co, así como conocer, modificar y revocar la autorización otorgada mediante la firma de este documento, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.

Así mismo, declaro que he sido informado(a) sobre mi derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y sobre el uso que se le dará a los datos sensibles que suministre, tales como los relacionados con mi estado de salud, y que he sido informado(a) sobre mi derecho a solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder de forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 8-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más

2

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.077.731.888

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **55049934**

55049934

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [5] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 7 W

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**

COLOMBIA-HUILA-NEIVA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VALENCIA | RIVERA |

**Nombre(s)**

JUAN ESTEBAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes MAY Día 16 | MASCULINO | B | POSITIVO |

**Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)**

COLOMBIA-HUILA-NEIVA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 12749159-2 |

**Datos de la madre**

**Apellidos y nombres completos**

RIVERA GILON FLOR MILENA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C .No.1.119.214.551 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

**Apellidos y nombres completos**

VALENCIA GIRALDO JAVIER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.No.96.342.876 | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

VALENCIA GIRALDO JAVIER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.No.96.342.876 | Javier Valencia |

**Datos primer testigo**

**Apellidos y nombres completos**

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

**Apellidos y nombres completos**

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace la inscripción |
|---|---|
| Año 2014 Mes JUL Día 14 | EDUARDO FIERRO MAURICIO<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

RESPUESTA A GLOSAS PRACTICADAS

FECHA: 07/05/2020

**SEÑORES:**
LA PREVISORA S.A.

Respetados Señores,

Por la presente me permito contestar a ustedes la glosa relacionada a continuación, por la cual se objetan los procedimientos descritos en la >> FACTURA No: 240-FEC1-1400 fechada el dia 20.02.29 cuyo paciente es VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN

**HISTORIA No.** 1077731888

GLOSA No: ZGL-1-17575

SINIESTRO: 94378

>> ITEM GLOSADO 1: SO1-13251- REDUCCION CERRADA FRACTURA CUBITO O RADIO

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 159000.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 212000.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
123
PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD

- ESTATUS ACTUAL: CONTESTADA 1 INSTANCIA
VALOR OBJETADO: 159000.00
DOCUMENTO ANEXO: SE ANEXA RX.

JUSTIFICACION:
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE RX EN LA CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR QUE EL PACIENTE SUFRE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO POR LO QUE ES PERTINENTE LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.POR LO QUE LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

>> ITEM GLOSADO 3: SO1-21101- MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA,

- ESTATUS ACTUAL: NUEVA GLOSA
VALOR OBJETADO: 46700.00
DOCUMENTO ANEXO:

JUSTIFICACION:
108
AYUDAS DIAGNOSTICAS

PREVISORA SEGUROS
No prometemos, aseguramos

**Recibido!**
**22 de Mayo del 2020**
**40037740**

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 46700.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA. TODA VEZ QUE SE REALIZO EL RX DE CONTROL PARA OBSERVAR LA EVOLUCION DE LA FRACTURA QUE PRESENTA EL PACIENTE, ES DE ACLARAR QUE LA FRECUENCIA Y NUMERO DE RX QUE REQUIERE EL PACIENTE LAS DETERMINA EL MEDICO TRATANTE A SU CRITERIO, SEGÚN LA EVOLUCION DEL PACIENTE, POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

---

**>> ITEM GLOSADO 4:** SO1-39104- SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLGO

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 94400.00 | |

**JUSTIFICACION:**
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 125900.00 | |

**JUSTIFICACION:**
103
HONORARIOS MEDICOS EN PROCEDIMIENTOS

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 94400.00 | SE ANEXA RX. |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE RX EN LA CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR QUE EL PACIENTE SUFRE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO POR LO QUE ES PERTINENTE LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.POR LO QUE LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

---

**>> ITEM GLOSADO 6:** SO1-39117- GRUPO 06

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 41600.00 | |

**JUSTIFICACION:**
104
HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 55500.00 | |

**JUSTIFICACION:**
104
HONORARIOS OTROS PROFESIONALES ASISTENCIALES

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
**CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436**

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 41600.00 | SE ANEXA RX. |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE RX EN LA CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR QUE EL PACIENTE SUFRE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO POR LO QUE ES PERTINENTE LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.POR LO QUE LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

---

**>> ITEM GLOSADO 8:** SO1-39137- CONSULTA PRE QUIRURGICA AMBULATORIA Y/O

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 40900.00 | |

**JUSTIFICACION:**
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 40900.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA LA GLOSA, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirurgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

---

**>> ITEM GLOSADO 9:** SO1-39139- CONSULTA PREANESTESICA

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 40900.00 | |

**JUSTIFICACION:**
102
CONSULTAS, INTERCONSULTAS Y VISITAS MEDICAS

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 40900.00 | |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)

NO SE ACEPTA LA GLOSA, AL PACIENTE SE LE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, PARA EL CUAL APLICA LA VALORACION PREANESTESICA Y PREQUIRURGICA, DE ACUERDO AL DECRETO 2423/96 ARTICULO 48 PARÁGRAFO 2: La consulta prequirurgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante. POR CONSIGUIENTE SE PIDE PAGAR EL VALOR OBJETADO EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

---

**>> ITEM GLOSADO 10:** SO1-39208- GRUPO 06

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 302800.00 | |

**JUSTIFICACION:**
105
DERECHOS DE SALA

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 605600.00 | |

**JUSTIFICACION:**
105
DERECHOS DE SALA

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 302800.00 | SE ANEXA RX. |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE RX EN LA CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR QUE EL PACIENTE SUFRE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO POR LO QUE ES PERTINENTE LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.POR LO QUE LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

---

**>> ITEM GLOSADO 12:** SO1-39305- MATERIALES DE SUTURA Y CURACION MEDICAMENTOS Y

---

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 47800.00 | |

**JUSTIFICACION:**
106
DERECHOS DE SALA

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| NUEVA GLOSA | 63800.00 | |

**JUSTIFICACION:**
106
DERECHOS DE SALA

| - ESTATUS ACTUAL: | VALOR OBJETADO: | DOCUMENTO ANEXO: |
|---|---|---|
| CONTESTADA 1 INSTANCIA | 47800.00 | SE ANEXA RX. |

**JUSTIFICACION:**
999 SUBSANADA (GLOSA O DEVOLUCION NO ACEPTADA)
NO SE ACEPTA GLOSA, SE ANEXA NUEVAMENTE COPIA DE LA LECTURA DE RX EN LA CUAL SE PUEDE EVIDENCIAR QUE EL PACIENTE SUFRE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO POR LO QUE ES PERTINENTE LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.POR LO QUE LA OBJECION NO ES VALIDA Y SE DEBE PROCEDER AL PAGO.

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**NIT: 800110181-9**
CALLE 18 N 6-65 NEIVA - HUILA TELS: 8756349-8753436

Cordial saludo

| | |
|---|---|
| VALOR TOTAL FACTURA: | 2,085,900.00 |
| VR ITEMS EN FACTURA: | 1836900.00 |
| VALOR GLOSADO : | 1836900.00 |
| ACEPTADO IPS | 0.00 |
| VALOR REFUTADO: | 1836900.00 |
| ACEPTADO EPS | 0 |
| CONCILIACION | 0 |

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

MILENA AMPARO PEREZ
**QUIEN RESPONDE**

PREVISORA

# LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIONES SOAT

## Previsora Seguros

**No. Egreso**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. de** | N132020573411 | **No.** | 1037105 | **Siniestro** | 94378 | **No.** | FEC11400 |
| **Amparo** | 1 Gastos Medicos, | **Fecha siniestro** | 17/09/2019 | **Fecha aviso** | 10/10/2019 | **Fecha recepción** | 17/03/2020 |
| **Fecha formalización** | 17/03/2020 | **Fecha liquidación** | 03/04/2020 | **Vigencia desde** | 02/08/2019 | **hasta** | 02/08/2020 |
| **Póliza** | 4233394 | **Nro interno** | | | | | |
| **Id tomador** | 1644177 | **Nombre tomador** | RAQUEL POLANIA BARREIRO | | | | |
| **Id beneficiario** | 8001101819 | **Nombre beneficiario** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | |
| **Id accidentado** | 1077731888 | **Nombre** | JUAN ESTEBAN VALENCIA RIVERA | | | | |
| **Id reclamante** | 8001101819 | **Nombre reclamante** | CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA | | | | |
| **Diagnósticos** | S524 | | | **Codigo** | 13 | **Sucursal** | NEIVA |

| Cant. | Código | Procedimiento | Observaciones | % | Cobrado | Objeción | Liquidado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 13251 | REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA CÚBITO O RADIO | - SE GLOSA 13251 NO PERTINENTES PARA MANEJO DE CARACTERISTICAS DE FRACTURA DESCRITAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS | 100%, 100% | 371,000 | 371,000 | 0 |
| 2 | 39208 | DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍAGRUPO 06 | - SE GLOSA 13251 NO PERTINENTES PARA MANEJO DE CARACTERISTICAS DE FRACTURA DESCRITAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS ADICIONAL SE LIQUIDA SEGÚN MANUAL TARIFARIO SOAT VIGENTE. | 100%, 100% | 908,400 | 908,400 | 0 |
| 1 | 39221 | DERECHOS DE SALA DE YESOS | | 100% | 64,000 | 0 | 64,000 |
| 2 | 39305 | MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS | - SE GLOSA 13251 NO PERTINENTES PARA MANEJO DE CARACTERISTICAS DE FRACTURA DESCRITAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS | 100% | 111,600 | 111,600 | 0 |
| 1 | 77702 | SUMINISTROS | | 100% | 42,700 | 0 | 42,700 |
| 2 | 21101 | MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVÍCULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA), CALCÁNEO | - SE GLOSA (1) 21101 RX POSTOPERATORIA NO PERTINENTE DE ACUERDO A HALLAZGOS DE RX | 100% | 93,400 | 46,700 | 46,700 |
| 2 | 39104 | SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO GRUPO 06 | - SE GLOSA 13251 NO PERTINENTES PARA MANEJO DE CARACTERISTICAS DE FRACTURA DESCRITAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS | 100%, 100% | 220,300 | 220,300 | 0 |
| 2 | 39117 | SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA GRUPO 06 | - SE GLOSA 13251 NO PERTINENTES PARA MANEJO DE CARACTERISTICAS DE FRACTURA DESCRITAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS | 100%, 100% | 97,100 | 97,100 | 0 |
| 1 | 39137 | CONSULTA PRE QUIRÚRGICA AMBULATORIA Y/O INTRAHOSPITALARIA, POR EL CIRUJANO | - SE GLOSA 39137 NO PERITNENTES DE ACUERDOA GLOSA DE PROCEDIMIENTOS ADICIONALMENTE NO FACTURABLES | 100% | 40,900 | 40,900 | 0 |
| 1 | 39139 | CONSULTA PREANESTÉSICA | - SE GLOSA 39139 NO PERITNENTES DE ACUERDOA GLOSA DE PROCEDIMIENTOS ADICIONALMENTE NO FACTURABLES | 100% | 40,900 | 40,900 | 0 |
| 2 | 39143 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA | | 100%, 100% | 95,600 | 0 | 95,600 |

| | | |
|---|---|---|
| **1002** | **Objeción** | **1,836,900** |
| **9023** | **Pago Neto** | **249,000** |
| **VTC** | **Valor total cobrado** | **2,085,900** |

RECIBIDO 16 ABR 2020

| Liquidación: | Aprobación: |
|---|---|
| LUISA.CASTRO | |
| Revisó: | Vo. Bo. |
| | CLAUDIA MORENO |

**MARITZA GISELA AYURE AGUILAR**
**Subgerente Indemnizaciones SOAT, Vida y AP**

**En caso de presentarse cualquier inquietud, favor dirigirse a la Subgerencia Indemnizaciones Soat y AP al correo electrónico carterasoat@previsora.com.co.**

# INFORME DE IMAGENOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA**
NIT: 800110181
DIR: CLL 18 N 6 65 - TELS: 8756349-8753436

| | |
|---|---|
| FECHA EMISION: | 20.05.07 |
| HORA: | 14:36:41 |
| PAGINA No: | 1 |

**Numero: 37644** Fecha Ex. 18/09/19 Hora 14:55
Nombre Paciente: 1077731888 VALENCIA RIVERA JUAN ESTEBAN
Dirección: VEREDA BAJO PIRAVANTE Telefono:3204373958 Edad: 5 A Sexo:M
Medico: FRANCISCO HERNANDO GARCIA Anotacion: SATISFACTORIO
Observacion: RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO Prioridad: ALTA

**LECTURA**

## RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

***HALLAZGOS**

Proyección AP y lateral del antebrazo izquierdo a través de banda de yeso en la que se advierte fractura del tercio medio proximal de la diáfisis del cubito y del radio satisfactoriamente alineado.

**FIRMA** _____

DR. JORGE ENRIQUE ESPINEL
Registro Medico No. 0448-3
Radiólogo

**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**Fecha expedición:** 2021/05/21 - 08:14:46 ****** Recibo No.** H000062782 ****** Num. Operación.** 99 USUPUBXX-20210521-0005

Cámara de Comercio del Huila** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
**CODIGO DE VERIFICACIÓN nR9YGAN7wW**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.**

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

**CERTIFICA**

**NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

**NOMBRE o RAZÓN SOCIAL**: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
**ORGANIZACIÓN JURÍDICA**: SOCIEDAD LIMITADA
**CATEGORÍA** : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
**NIT** : 800110181-9
**ADMINISTRACIÓN DIAN** : NEIVA
**DOMICILIO** : NEIVA

**MATRICULA - INSCRIPCIÓN**

**MATRÍCULA NO** : 49920
**FECHA DE MATRÍCULA** : OCTUBRE 25 DE 1990
**ULTIMO AÑO RENOVADO** : 2021
**FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA** : MARZO 25 DE 2021
**ACTIVO TOTAL** : 17,248,970,738.00
**GRUPO NIIF** : GRUPO III - MICROEMPRESAS

**UBICACIÓN Y DATOS GENERALES**

**DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL** : CALLE 18 NO. 6-65
**BARRIO** : QUIRINAL
**MUNICIPIO / DOMICILIO**: 41001 - NEIVA
**TELÉFONO COMERCIAL 1** : 8756349
**TELÉFONO COMERCIAL 2** : 8753436
**TELÉFONO COMERCIAL 3** : 3158524962
**CORREO ELECTRÓNICO No. 1** : fracturas_2005@hotmail.com

**DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL** : CALLE 18 NO. 6-65
**MUNICIPIO** : 41001 - NEIVA
**BARRIO** : QUIRINAL
**TELÉFONO 1** : 8756349
**TELÉFONO 2** : 8753436
**TELÉFONO 3** : 3158524962
**CORREO ELECTRÓNICO** : contabilidad@fracturasyortopedia.com

**NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : contabilidad@fracturasyortopedia.com

**CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA**

**ACTIVIDAD PRINCIPAL** : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

**CERTIFICA - AFILIACIÓN**

**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**Fecha expedición:** 2021/05/21 - 08:14:47 **** **Recibo No.** H000062782 **** **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20210521-0005

Cámara de Comercio del Huila** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
**CODIGO DE VERIFICACIÓN nR9YGAN7wW**

**EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.**

**CERTIFICA - CONSTITUCIÓN**

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1496 DEL 03 DE OCTUBRE DE 1990 OTORGADA POR Notaria 3a. de NEIVA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 3507 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 25 DE OCTUBRE DE 1990, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA..

**CERTIFICA - REFORMAS**

| DOCUMENTO | FECHA | PROCEDENCIA DOCUMENTO | | INSCRIPCION | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| EP-2183 | 19901217 | NOTARIA 3A. DE NEIVA | | RM09-3892 | 19910326 |
| EP-387 | 19930209 | NOTARIA 3A. DE NEIVA | | RM09-5838 | 19930308 |
| EP-559 | 19970217 | NOTARIA 3A. DE NEIVA | | RM09-10203 | 19970304 |
| EP-336 | 19980203 | NOTARIA 3A. DE NEIVA | NEIVA | RM09-11442 | 19980209 |
| EP-70 | 20030130 | NOTARIA CUARTA | NEIVA | RM09-17714 | 20030213 |
| EP-2153 | 20051212 | NOTARIA SEGUNDA | NEIVA | RM09-20974 | 20051219 |
| EP-2178 | 20101015 | NOTARIA CUARTA | NEIVA | RM09-28345 | 20101027 |
| EP-1935 | 20120821 | NOTARIA CUARTA | NEIVA | RM09-33632 | 20120830 |

**CERTIFICA - VIGENCIA**

VIGENCIA: QUE LA PERSONA JURIDICA NO SE HALLA DISUELTA. DURACION HASTA EL 15 DE OCTUBRE DE 2030
.

**CERTIFICA - OBJETO SOCIAL**

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TIENE COMO OBJETO PRINCIPAL LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: LA EXPLOTACION DE LA ACTIVIDAD MEDICA, HUMANA, COMO EL DE CONSULTA, HOSPITALIZACION, CIRUGIA, PRIMEROS AUXILIOS, LA COMPRA, VENTA Y DISTRIBUCION DE DROGA MEDICA, COMPRA Y VENTA DE MERCANCIAS AFINES EN GENERAL. EN DESARROLLO DE SU OBJETO PRINCIPAL LA SOCIEDAD PUEDE: ADQUIRIR BIENES MUEBLES E INMUEBLES; EJECUTAR EN SU PROPIO NOMBRE O DE TERCEROS EN ASOCIACION PERMANENTE O ACCIDENTAL, TODOS LOS CONTRATOS COMERCIALES, ADMINISTRATIVOS Y ACTOS MERCANTILES NECESARIOS PARA ELLO Y EN ESPECIAL CELEBRAR TODA CLASE DE CONTRATOS, OPERACIONES O ACTOS QUE TENGAN RELACION DIVERSA CON EL OBJETO SOCIAL O CUYA FINALIDAD SON EJERCER LOS DERECHOS O CUMPLIR LAS OBLIGACIONES LEGALES O CONVENCIONALMENTE DERIVADOS DE LA EXISTENCIA DE LA SOCIEDAD.

**CERTIFICA - CAPITAL**

| **TIPO DE CAPITAL** | VALOR | CUOTAS | VALOR NOMINAL |
|---|---|---|---|
| **CAPITAL SOCIAL** | 12.060.000,00 | 402,00 | 30.000,00 |

**CERTIFICA - SOCIOS**

**SOCIOS CAPITALISTAS**

| **NOMBRE** | **IDENTIFICACION** | **CUOTAS** | **VALOR** |
|---|---|---|---|
| CUERVO RAMIREZ HECTOR JULIO | CC-19,226,380 | 67 | $2.010.000,00 |
| GARCIA RAMIREZ FRANCISCO HERNANDO | CC-4,951,502 | 134 | $4.020.000,00 |
| GONZALEZ ZABALA VERONICA TEODOLINDA | CC-51,633,089 | 67 | $2.010.000,00 |
| POLANIA CUBILLOS MARTHA LUCIA | CC-55,151,445 | 134 | $4.020.000,00 |

**CERTIFICA**

**REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 27 DEL 05 DE SEPTIEMBRE DE 2000 DE LA JUNTA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 14794 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2000, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|---|---|---|
| GERENTE | POLANIA CUBILLOS MARTHA LUCIA | CC 55,151,445 |

**CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES**

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EL GERENTE ES EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, CON FACULTADES, POR LO TANTO, PARA EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS ACORDES CON LA NATURALEZA DE SU ENCARGO Y QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS SOCIALES, EN ESPECIAL, EL GERENTE TENDRA LAS SIGUIENTES FUNCIONES: A) USAR DE LA FIRMA O RAZON SOCIAL; B) DESIGNAR AL SECRETARIO DE LA COMPAÑIA, QUE LO SERA TAMBIEN DE LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS; C) DESIGNAR LOS EMPLEADOS QUE REQUIERA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LA COMPAÑIA Y SEÑALARLES SU REMUNERACION, EXCEPTO CUANDO SE TRATE DE AQUELLOS QUE POR LEY O POR LOS ESTATUTOS DEBAN SER DESIGNADOS POR LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS; D) PRESENTAR UN INFORME DE SU GESTION A LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS EN SUS REUNIONES ORDINARIAS Y EL BALANCE GENERAL DE FIN DE EJERCICIO CON UN PROYECTO DE DISTRIBUCION DE UTILIDADES; E) CONVOCAR A LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS A REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS; F) NOMBRAR LOS ARBITROS QUE CORRESPONDAN A LA SOCIEDAD EN VIRTUD DE COMPROMISOS, CUANDO ASI LO AUTORICE LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS, Y DE LA CLAUSULA COMPROMISORIA QUE EN LOS ESTATUTOS SE PACTA; Y G) CONSTITUIR LOS APODERADOS JUDICIALES NECESARIOS PARA LA DEFENSA DE LOS INTERESES SOCIALES. PARAGRAFO: EL GERENTE REQUERIRA AUTORIZACION PREVIA DE LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS PARA LA EJECUCION DE TODO ACTO O CONTRATO QUE EXCEDA DE QUINIENTOS TREINTA (530) SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (SMMLV).

**CERTIFICA**

**REVISOR FISCAL - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 57 DEL 30 DE MARZO DE 2019 DE JUNTA ORDINARIA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 54004 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 07 DE JUNIO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION | T. PROF |
|---|---|---|---|
| REVISOR FISCAL PRINCIPAL | ALONSO LOZANO JUAN ENRIQUE | CC 14,270,867 | 23458-T |

**CERTIFICA**

**REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES**

POR ACTA NÚMERO 57 DEL 30 DE MARZO DE 2019 DE JUNTA ORDINARIA DE SOCIOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 54004 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 07 DE JUNIO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION | T. PROF |
|---|---|---|---|
| REVISOR FISCAL SUPLENTE | BRAVO ARTUNDUAGA OLGA LUCIA | CC 55,159,051 | 175616-T |

**CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS**

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

*** **NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

**CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA**
**CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**Fecha expedición:** 2021/05/21 - 08:14:47 **** **Recibo No.** H000062782 **** **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20210521-0005

Cámara de Comercio del Huila** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
**CODIGO DE VERIFICACIÓN nR9YGAN7wW**

---

**MATRICULA** : 49921
**FECHA DE MATRICULA** : 19901025
**FECHA DE RENOVACION** : 20210325
**ULTIMO AÑO RENOVADO** : 2021
**DIRECCION** : CALLE 18 NO. 6-65
**BARRIO** : QUIRINAL
**MUNICIPIO** : 41001 - NEIVA
**TELEFONO 1** : 8756349
**TELEFONO 2** : 8753436
**TELEFONO 3** : 3158524962
**CORREO ELECTRONICO** : fracturas_2005@hotmail.com
**ACTIVIDAD PRINCIPAL** : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
**VALOR DEL ESTABLECIMIENTO** : 17,248,970,738
**EMBARGOS, DEMANDAS Y MEDIDAS CAUTELARES**
** **LIBRO** : RM08, **INSCRIPCION**: 11761, **FECHA**: 20170630, **ORIGEN**: JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO, **NOTICIA**: INSCRIPCION DE LA DEMANDA SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ORDENADO POR EL JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO

**INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MEDIANA EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $14,806,463,176
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610

**CERTIFICA**

REPRESENTACION LEGAL: LA DIRECCION Y ADMINISTRACION DE LA SOCIEDAD ESTARAN A CARGO DE LOS SIGUIENTES ORGANOS: A. LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS, Y B. EL GERENTE. LA SOCIEDAD TAMBIEN PODRA TENER UN REVISOR FISCAL, CUANDO ASI LO DISPUSIERE CUALQUIER NUMERO DE SOCIOS EXCLUIDOS DE LA ADMINISTRACION QUE REPRESENTEN NO MENOS DEL VEINTE POR CIENTO (20 POR CIENTO) DEL CAPITAL.

LA SOCIEDAD TENDRA UN GERENTE DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION DE LA JUNTA GENERAL DE SOCIOS, EL CUAL TENDRA UN SUBGERENTE QUE LO REEMPLAZARA EN SUS FALTAS ABSOLUTAS, TEMPORALES O ACCIDENTALES Y CUYA DESIGNACION Y REMOCION CORRESPONDERA TAMBIEN A LA JUNTA. EL GERENTE TENDRA UN PERIODO DE UN (1) AÑO, SIN PERJUICIO DE QUE PUEDA SER REELEGIDO INDEFINIDAMENTE O REMOVIDO EN CUALQUIER TIEMPO.

**CERTIFICA**

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

**CERTIFICA**

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad

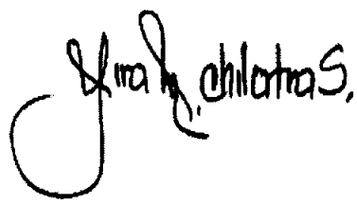
de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siineiva.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación nR9YGAN7wW

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

## NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS
Nit: 860.002.400-2
Domicilio principal: Bogotá D.C.

## MATRÍCULA

Matrícula No. 00015365
Fecha de matrícula: 11 de abril de 1972
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación: 25 de febrero de 2021
Grupo NIIF: Entidades públicas que se clasifiquen según el Artículo No. 2 de la Resolución 743 del 2013, según la Contaduría General de la Nación (CGN).

## UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cl 57 No. 9-07
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: tributaria@previsora.gov.co
Teléfono comercial 1: 3485757
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cl 57 No. 9-07
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co
Teléfono para notificación 1: 3485757
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo



Validez desconocida
Constanza del Pilar Fuentes Trujillo

establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Bogotá D.C. (1)

## REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública No. 0144 del 01 de febrero de 1999, adicionada por Escritura Pública No. 0373 del 02 de marzo de 1999, ambas de la Notaría 10 de Santafé de Bogotá, inscritas el 15 de febrero de 1999 y el 26 de mayo de 1999 bajo los Nos. 668475 y 681712 del libro IX, la sociedad de la referencia absorbió por fusión a la sociedad SEGUROS TEQUENDAMA S.A.

## ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. Jjpm-400 del 5 de abril de 2013, inscrito el 9 de abril de 2013, bajo el No. 00133901 del libro VIII, el Juzgado 1 Promiscuo Municipal de Natagaima - Tolima, comunicó en el proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 2012-00135 de Rudecindo Marin Culma contra Eliecer Gonzalez Becerra, INVERSORA PICHINCHA y COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.
Mediante Oficio No. 417 del 18 de marzo de 2014, inscrito el 19 de mayo de 2014, bajo el No. 00141095 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil Municipal de Palmira (Valle del Cauca), comunicó en el proceso de responsabilidad civil extracontractual - menor cuantía No. 76-520-40-03-002-2013-00557-00 de Héctor David Cárdenas Solano contra Jaime Andres Garcia Jiménez, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.
Mediante Oficio No. 2981 del 06 de agosto de 2018, inscrito el 21 de agosto de 2018 bajo el No. 00170595 del libro VIII, el Juzgado 17 Civil del Circuito de Cali, comunicó en el proceso ordinario de responsabilidad civil extracontractual No. 76001310301720180008700 de: Javier Paja Yande y otros contra: LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Cámara de Comercio de Bogotá



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Mediante Oficio No. 357 del 23 de agosto de 2018, inscrito el 30 de agosto de 2018 bajo el No. 00170851 del libro VIII, el Juzgado Civil Laboral del Circuito de la Ceja Antioquia, comunicó en el proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 05376311200120180018400 de: Alejandro Antonio Tabares Morales, Marta Noelia Morales Zuluaga y Jose Jairo Tabares Ruiz, contra: UNITRANSOLUCIONES S.A.S, MOTOTRANSPORTAR S.A.S y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.
Mediante Oficio No. 640 del 03 de abril de 2019 inscrito el 00175139 bajo el No. 5 de abril de 2019 del libro VIII, el Juzgado 4 Civil Municipal de Bogotá, comunicó en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 2019-00026-00 de: Raúl Gomez Cruz contra: Jesús Eider Collazos Gonzalez y LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS sucursal Bogotá, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.
Mediante Oficio No. 3544 del 30 de septiembre de 2019, inscrito el 16 de Octubre de 2019 bajo el No. 00180680 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito De Bogotá, comunicó en el proceso verbal No. 11001 31 03 005 2019 00542 00 de: Francisco Rojas Peña CC.14979184, Margarita Rojas Peña CC. 28715355, Víctor Julio Rojas Peña CC. 93117673, Maria de Jesús Rojas Peña CC.31896493, Maria del Carmen Peña CC. 28716091, Filiberto Rojas Peña CC.5901275, Jose Ernesto Rojas Peña CC. 16604943, Ana Ruth Rojas Peña CC. 31954793, Yesid Rojas Peña CC. 93121824, José Silvino Rojas Peña CC. 93124441, Gloria Rojas Peña CC. 39783505, José Domingo Rojas Peña CC. 16788975, Contra: Fabio Arvey Muñoz Bravo CC. 76307557, Héctor Efraín Maya Benavides CC.12986896, DISTRIBUCIONES Y SERVICIOS EL LAGO SAS, LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.
Mediante Oficio No. 2015 del 17 de octubre de 2019,inscrito el 6 de Noviembre de 2019 bajo el No. 00181159 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), comunicó en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 760013103005-2019-00182-00 de: Lucero Montoya Velasz, Contra: LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS y Otro, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.
Mediante Oficio No. 5.437 del 8 de noviembre de 2019, inscrito el 27 de Noviembre de 2019 bajo el No. 00181766 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), comunicó en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 680013103003-2019-00302-00 de: Marly Rodriguez Cardoza CC. 1.100.890.577 y Otros, Contra: Plutarco Santamaría Guarin CC.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

91.010.254 y LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.
Mediante Oficio No. 0837 del 18 de noviembre de 2019, inscrito el 29 de Noviembre de 2019 bajo el No. 00181835 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Granada Meta, comunicó en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 503133103001-2019-00166-00, de: Yeici Ortega Martinez C.C. No. 40.450.819, contra: Hector Julio Cruz Casallas C.C. No. 79.284.564, LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1898 del 18 de noviembre de 2020, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Barrancabermeja (Santander), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso declarativo de R.C.E., de: Esperanza Garcia Garcia CC. 63.322.349 y otros, Contra: Juan Carlos Ruano Walteros CC. 80.423.923 y otros, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 20 de Noviembre de 2020 bajo el No. 00186494 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 2924 del 24 de noviembre de 2020, el Juzgado 32 Civil Municipal de Oralidad de Cali (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 760014003032-2020-00353-00 de Juan Pablo Solarte Gonzalez y Luz Fanny Cabezas Mejia Contra: Diego Fernando Reyes Millan CC. 16.282.112, LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de Febrero de 2021 bajo el No. 00187418 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0464 del 04 de maro de 2021, el Juzgado 05 Civil Municipal de Tuluá (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No.76-834-40-03-005-2021-00027-00 de Oscar Mauricio Salcedo Londoño CC.94.390.612, Contra: LA PREVISORA SEGUROS SA, donde se vinculara a la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA SA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de Mayo de 2021 bajo el No. 00189463 del libro VIII.

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 5 de marzo de 2103.

## OBJETO SOCIAL

El objeto de la sociedad es el de celebrar y ejecutar contratos de seguro, coaseguro y reaseguro que amparen los intereses asegurables que tengan las personas naturales o jurídicas privadas, así como los que directa o indirectamente tenga la nación, el Distrito Capital de Bogotá, los departamentos, los distritos, los municipios y las entidades descentralizadas de cualquier orden, asumiendo todos los riesgos que de acuerdo con la ley puedan ser materia de estos contratos. Los contratos de reaseguro podrán celebrase con personas, sociedades o entidades domiciliadas en el país y/ o en el exterior. En virtud de los mencionados contratos la sociedad podrá aceptar o ceder riesgos de cualquier clase. En desarrollo de su objeto social y de acuerdo con las normas legales correspondientes, la sociedad podrá: Adquirir, enajenar, arrendar, hipotecar y pignorar en cualquier forma toda clase de bienes muebles e inmuebles, siempre que no se afecte la libre disposición de los activos, excepto para aquellos casos autorizados por la ley. Girar, endosar, aceptar, descontar, adquirir, garantizar, protestar, dar en prenda o garantía, o recibir en pago toda clase de títulos valores, o instrumentos negociables. Dar o recibir dineros en mutuo, con o sin intereses. Garantizar por medio de fianzas, prendas, hipotecas y depósitos sus obligaciones propias, siempre que no se afecte la libre disposición de los activos, excepto para aquellos casos autorizados por la ley. Con autorización de la junta directiva, la sociedad podrá entrar a formar parte de otras sociedades públicas o privadas; organizar asociaciones o empresas, siempre y cuando los objetivos de las sociedades de que se trate, sean o tengan relación directa con los de la sociedad, o fueren necesarias para el mejor desarrollo de su objeto social, así como también suscribir acciones o tomar interés en tales sociedades, asociaciones o empresas. Ejecutar todos aquellos actos, o celebrar todos los contratos relacionados directamente con el objeto social, autorizados por las normas legales que reglamentan la inversión del capital y reservas de las compañías de seguros.

## CAPITAL

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

* CAPITAL AUTORIZADO *

| | |
|---|---|
| Valor | : $150.000.000.000,00 |
| No. de acciones | : 1.500.000.000,00 |
| Valor nominal | : $100,00 |

* CAPITAL SUSCRITO *

| | |
|---|---|
| Valor | : $132.240.805.000,00 |
| No. de acciones | : 1.322.408.050,00 |
| Valor nominal | : $100,00 |

* CAPITAL PAGADO *

| | |
|---|---|
| Valor | : $132.240.805.000,00 |
| No. de acciones | : 1.322.408.050,00 |
| Valor nominal | : $100,00 |

**NOMBRAMIENTOS**

**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Primer Renglon | Angela Patricia Parra Carrascal | C.C. No. 000000052817359 |
| Segundo Renglon | Isabel Cristina Garces. Sanchez | C.C. No. 000000030289679 |
| Tercer Renglon | Narvaez Bonnet Jorge Eduardo | C.C. No. 000000003228441 |
| Cuarto Renglon | Juan Carlos Duran Echeverri | C.C. No. 000000019261549 |
| Quinto Renglon | Vargas Orozco Jesus Antonio | C.C. No. 000000019280978 |

SUPLENTES

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

| | | |
|---|---|---|
| Segundo Renglon | Andres Jose Ignacio Bravo Lievano | C.C. No. 000000011230592 |
| Tercer Renglon | Nancy Eugenia Zamudio Gomez | C.C. No. 000000036302945 |
| Cuarto Renglon | Maria Carolina Hoyos Turbay | C.C. No. 000000052054342 |
| Quinto Renglon | Mario Andres Uran Martinez | C.C. No. 000000092518314 |

Por Acta No. 98 del 8 de septiembre de 2015, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 25 de noviembre de 2015 con el No. 02038927 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Cuarto Renglon | Maria Carolina Hoyos Turbay | C.C. No. 000000052054342 |

Por Acta No. 107 del 6 de agosto de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 28 de octubre de 2019 con el No. 02519306 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Tercer Renglon | Nancy Eugenia Zamudio Gomez | C.C. No. 000000036302945 |

Por Acta No. 109 del 26 de marzo de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2020 con el No. 02588713 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Segundo Renglon | Andres Jose Ignacio Bravo Lievano | C.C. No. 000000011230592 |

Por Acta No. 111 del 27 de noviembre de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de febrero de

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

2021 con el No. 02660557 del Libro IX, se designó a:

| PRINCIPALES<br>CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Quinto Renglon | Vargas Orozco Jesus Antonio | C.C. No. 000000019280978 |

Por Acta No. 111 del 27 de noviembre de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 15 de febrero de 2021 con el No. 02662592 del Libro IX, se designó a:

| PRINCIPALES<br>CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Tercer Renglon | Narvaez Bonnet Jorge Eduardo | C.C. No. 000000003228441 |

Por Acta No. 112 del 30 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de abril de 2021 con el No. 02698751 del Libro IX, se designó a:

| PRINCIPALES<br>CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Primer Renglon | Angela Patricia Parra Carrascal | C.C. No. 000000052817359 |

Por Acta No. 112 del 30 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de abril de 2021 con el No. 02698754 del Libro IX, se designó a:

| PRINCIPALES<br>CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Segundo Renglon | Isabel Cristina Garces Sanchez | C.C. No. 000000030289679 |

Por Acta No. 112 del 30 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de mayo de 2021 con el No. 02704369 del Libro IX, se designó a:

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

PRINCIPALES

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Cuarto Renglon | Juan Carlos Duran Echeverri | C.C. No. 000000019261549 |

Por Acta No. 112 del 30 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de mayo de 2021 con el No. 02704378 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Quinto Renglon | Mario Andres Uran Martinez | C.C. No. 000000092518314 |

** Aclaratoria Junta Directiva **
La Junta Directiva se compone de cinco (5) miembros principales y estará integrada así:
A.- El ministro de hacienda y crédito público o su delegado.
B.- Cuatro (4) miembros designados por la Asamblea General de Accionistas con su respectivo suplente.

## REVISORES FISCALES

Por Acta No. 109 del 26 de marzo de 2020, de Asamblea General, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2020 con el No. 02605396 del Libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Revisor Fiscal Persona Juridica | DELOITTE & TOUCHE LTDA | N.I.T. No. 000008600058134 |

Por Documento Privado del 15 de octubre de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 21 de octubre de 2020 con el No. 02627089 del Libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

| | | |
|---|---|---|
| Revisor Fiscal Principal | Mili Jasbleide Galindo Gaona | C.C. No. 0000000053061267 T.P. No. 126042-T |

Por Documento Privado del 24 de junio de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2020 con el No. 02605414 del Libro IX, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| Revisor Fiscal Suplente | Fernely Garzon Ardila | C.C. No. 000001019024692 T.P. No. 202219 T |

**PODERES**

Que, por Escritura Pública No. 2012 de la Notaría 50 de Bogotá D.C., del 12 de diciembre de 2001, inscrita el 18 de enero de 2002 bajo el No. 7388 del libro V, compareció el señor Alvaro Ramon Escallon Emiliani, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.165.123 de Bogotá, en su calidad de presidente y representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente, pero limitado a las facultades concedidas mediante este documento, a la Doctora Monica Vivas Paz, identificada con cédula de ciudadanía No. 29.401.420 expedida en Dagua (Valle), quien se desempeña como gerente de la agencia de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS en la ciudad de Buenaventura, calidad que deberá acreditar con la constancia de nombramiento inscrita en el registro de la Cámara de Comercio de esa ciudad, para que en tal carácter y en nombre de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS en adelante LA PREVISORA S.A., la represente legalmente en la realización de los siguientes actos: En el área de seguros: 1) Celebrar y ejecutar, los actos y contratos de seguro y coaseguro y los demás requeridos para la participación de LA PREVISORA S.A., por conducto de la agencia, en los procesos de selección abiertos para la contratación de seguros o para atender las solicitudes de expedición de pólizas, expedir las mismas y demás certificados o anexos, hasta los siguientes límites: Ramos. Incendio y terremoto. Cuantía. Hasta mil (1.000) millones de valor asegurado. Cumplimiento. Cuantía. Hasta cincuenta (50) millones de valor asegurado. Automóviles. Cuantía. Hasta doscientos (200) millones de valor asegurado. Pólizas colectivas. Casco barco. Hasta doscientos

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

cincuenta (250) millones de valor asegurado. Manejo. Hasta diez (10) millones de valor asegurado. Corriente débil. Hasta mil (1.000) millones de valor asegurado. Responsabilidad civil. Hasta setenta y cinco mil dólares (US$75.000) de valor asegurado. SOAT. Sin límite de valor asegurado. Para la expedición de estos seguros, la gerente de la agencia deberá proceder de acuerdo con las políticas y procedimientos de selección y aceptación de riesgos establecidos por LA PREVISORA S.A., en sus manuales técnicos, para los gerentes de sucursal (sic). 2) Atender las peticiones que en desarrollo de los aludidos actos y contratos eleven los tomadores de las pólizas o asegurados. 3) Celebrar y ejecutar, con sujeción a las instrucciones de la vicepresidencia de seguros todos los actos y contratos requeridos para la adecuación (sic) atención de las solicitudes indemnizaciones, presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la agencia, los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones, cuando a ello haya lugar. 4) Celebrar y ejecutar los actos y contratos en materia de intermediación de seguros, expedidos por la agencia. 5) Celebrar los actos y contratos relacionados con evaluadores de riesgos, inspectores, ajustadores, investigadores, actuarios, abogados y demás asesorías de orden técnico para la asunción de riesgos y la atención de siniestros que le competan a la agencia. 6) Cuando se trate de la contratación de abogados para asuntos relacionados con seguros o indemnizaciones de la agencia, está facultada para otorgar el poder correspondiente, asistir en representación de LA PREVISORA S.A., a las diligencias judiciales o extrajudiciales, celebrar en desarrollo de las mismas las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación. 7) Aprobar la constitución de contragarantías de pólizas cuya expedición se haya autorizado a la agencia. La apoderada solo podrá expedir físicamente las pólizas que excedan las delegaciones, previo el visto bueno y la autorización escrita emitida por la vicepresidencia de seguros. En el área administrativa. 1) Celebrar contratos de arrendamiento de bienes inmuebles que requiera la agencia, hasta por un valor de sesenta (60) SMLM, con sujeción a las pautas que para el efecto establezca la vicepresidencia administrativa, previo el trámite que corresponda según la circular de contratación. 2) Celebrar los actos y contratos relacionados con compraventa de bienes muebles, obras prestación de servicios y en general aquellos requeridos para la prestación de servicios generales de la agencia, hasta por un valor de cuarenta (40) SMLM, con sujeción a las pautas que para el efecto establezca la vicepresidencia administrativa,

previo el trámite que corresponda, según la circular de contratación. 3) Dirigir el personal al servicio de la agencia, impartir las órdenes e instrucciones para el buen desempeño de sus labores y velar por el cumplimiento de sus obligaciones contractuales y legales. 4) Velar por la expedición y renovación de las licencias administrativas de funcionamiento de la agencia, así como la oportuna inscripción y renovación de las matrículas mercantiles en la Cámara de Comercio local. En el área financiera y de operaciones. 1) Celebrar y ejecutar los actos y contratos que le permitan responder por la veracidad, confiabilidad y oportunidad de la operación (sic) de la agencia. 2) Abrir cuentas corrientes en la sede de la agencia, a nombre de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS y manejarlas de conformidad con lás instrucciones impartidas por la vicepresidencia financiera y de operaciones. 3) Cobrar las acreencias a favor de la (sic) compañía, por concepto de primas o por cualquier otro concepto. 4) Atender los requerimientos impositivos de carácter municipal, previa aprobación del vicepresidente financiero y de operaciones. En el área jurídica. Otorgar, previa autorización de la vicepresidencia jurídica, poderes a los abogados externos para la representación de los intereses de LA PREVISORA S.A. Ante las autoridades judiciales y administrativas, con facultades para conciliar, transigir y recibir. En el área comercial. 1) Planear, organizar y responder por la gestión comercial de la agencia. 2) Representar la agencia en asuntos relacionados con intermediarios y pago de comisiones de negociación; celebrada por conducto de la misma. El presente poder no constituye delegación de la representación legal en los términos del artículo 440 del Código de Comercio, ni los alcances prescritos por el artículo 96 y siguientes del estatuto mercantil. El presente poder es indelegable.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 1734 de la Notaría 15 de Bogotá D.C., del 12 de julio de 2002, inscrita el 18 de julio de 2002 bajo el No. 7770 del libro V, reformada por la Escritura Pública No. 864 de la Notaría 15 de Bogotá D.C., del 8 de abril de 2003, inscrita el 14 de abril de 2003 bajo el No. 8315 del libro V, reformada por Escritura Pública No. 2863 de la Notaría 15 de Bogotá D.C., del 18 de noviembre de 2003, inscrita el 25 de noviembre de 2003 bajo el No. 8702 del libro V, compareció Juan Carlos Grillo Posada, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.118.278 de Pereira, quien obra en su calidad de presidente y como tal representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, fija los poderes que tendrán: 1 La Doctora Beatriz Eugenia Perez Lopez, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía número

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

43.017.977 de Medellín, domiciliada en Bogotá, en su calidad de gerente nacional del Centro de Atención de Servicios (CAS). 1.2 La Doctora Elizabeth Pinto Hernandez, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía número 37.837.810 de Bucaramanga, domiciliada en Bogotá, en su calidad de subgerente de reclamaciones del Centro de Atención de Servicios (CAS) Bogotá. 1.3 La Doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía número 51.775.653 de Bogotá, domiciliada en Bogotá, en su calidad de subgerente jurídica del Centro de la Atención de Servicios (CAS). 1.4 La Doctora Maria del Pilar Vallejo Barrera, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía número 51.764.113 de Bogotá, domiciliada en Barranquilla, en su calidad de subgerente del Centro de Atención de Servicios (CAS) regional norte así: a) La gerente nacional del Centro de Atención de Servicios (CAS) Doctora Beatriz Eugenia Perez Lopez: 1.1.1 Conforme a los manuales de suscripción emanados de la vicepresidencia de seguros, tendrá la facultad de expedir pólizas previamente suscritas, que le sean solicitadas por las diferentes sucursales de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. 1.1.2 Tendrá la facultad de tramitar las reclamaciones indemnizatorias, con sujeción a los manuales de indemnización expedidos por la vicepresidencia de seguros, para las diferentes sucursales de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. 1.1.3 Celebrar y ejecutar con sujeción a los manuales y circulares vigentes, los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de los siniestros a nivel nacional. 1.1.4 Representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas en siniestros a nivel nacional, con la facultad para conciliar y transigir, en los términos autorizados por el comité de defensa judicial y conciliación, cuando sea necesario el cumplimiento de este requisito. 1.1.5 Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control en los tramites que deban adelantarse ante los mismos y para la atención de requerimientos. 1.1.6 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en el presente numeral. 1.2. El subgerente de reclamaciones del centro de atención de servicios Doctora Elizabeth Pinto Hernandez, a nivel nacional tendrá las siguientes facultades: 1.2.1 Celebrar y ejecutar con sujeción a las instrucciones de la vicepresidencia de seguros todos los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de las solicitudes indemnizatorias presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la compañía. 1.2.2 Efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones cuando a ello hubiere lugar. 1.2.3.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Celebrar los actos y contratos relacionados con ajustadores investigadores y demás asesorías de orden técnico, para la atención de los siniestros y asistir en representación de la compañía a las diligencias arbitrales, judiciales o extrajudiciales y celebrar en desarrollo de las mismas, las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación, cuando a ello hubiere lugar y notificarse de todas las decisiones judiciales y demás organismos de control. 1.2.4 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en el presente numeral. 1.3. El subgerente jurídico del centro de atención de servicios Doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz tendrá las siguientes facultades: 1.3.1 Contratar los abogados para asuntos relacionados con indemnizaciones, otorgar el poder correspondiente y asistir en representación de la compañía a las diligencias arbitrales, judiciales o extrajudiciales y celebrar en desarrollo de las mismas las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación cuando a ello hubiere lugar y notificarse de todas las decisiones administrativas, judiciales y demás organismos de control. 1.3.2 Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control en los trámites que deban adelantarse ante los mismos y para la atención de requerimientos. 1.4 El subgerente de atención de servicios cas de la regional norte Doctora Maria del Pilar Vallejo Barrera, tendrá las siguientes facultades: 1.4.1 Las mismas señaladas en los numerales 1.2 y 1.3 precedentes pero únicamente respecto del ámbito de la jurisdicción de la respectiva regional. 1.2. El Doctor Oscar Alirio Lopez Villamarin, mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.976.904 de Pasto (Nariño) domiciliado en Bogotá, en su calidad de subgerente de reclamaciones del Centro de Atención de Servicios (CAS), así: 1.2. El subgerente de reclamaciones del Centro de Atención de Servicios (CAS) Doctor Oscar Alirio Lopez Villamarin, a nivel nacional tendrá las siguientes facultades: 1.2.1 Celebrar y ejecutar con sujeción a las instrucciones de la vicepresidencia de seguros todos los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de las solicitudes indemnizatorias presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la compañía. 1.2.2 Efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones cuando a ello hubiere lugar. 1.2.3 Celebrar los actos y contratos relacionados con ajustadores investigadores y demás asesorías de orden técnico, para la atención de los siniestros, otorgar poderes y asistir en representación de la

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

compañía a toda clase de diligencias arbitrales, judiciales o extrajudiciales, así como celebrar en desarrollo de las mismas, conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación, cuando a ello hubiere lugar y notificarse de todas las decisiones administrativas, judiciales y demás organismos de control. 1.2.4 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en el presente numeral.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 0315 de la Notaría 33 de Bogotá D.C., del 12 de febrero de 2004, inscrita el 19 de febrero de 2004 bajo el No. 8801 del libro V, compareció Juan Carlos Grillo Posada, identificado con cédula de ciudadanía No.10.118.278 de Pereira en su condición de presidente y como tal representante legal de LA PREVISORA S.A COMPAÑA De SEGUROS, por medio de la presente escritura pública, fija los poderes que tendrán: 1. La doctora Camila Michelsen Niño, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.692.876 de Bogotá, en su calidad de gerente de gestión humana; 1.2 La Doctora Maria Ninon Torrres Ardila, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.591.569 de Bogotá, domiciliada en Bogotá, en su calidad de subgerente de administración personal; 1.3 El Doctor Gustavo Balbuena Quiñones, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.779.355 de Bogotá, en su calidad de gerente jurídico de casa matriz; 1.4 El Doctor Hector Carlos Palacino Suarez, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.059.550 de Bogotá, en su calidad de subgerente legal y de proceso. 1.5 El Doctor Fernando Lombana Silva, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.265.563 de Bogotá, en su calidad de gerente de riesgos industriales. 1.6 El Doctor Armando Bustamante, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.088.848 de Bogotá, en su calidad de gerente de seguros generales; 1.7 El Doctor Jose Quintero Calderon, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.226.367 de Bogotá, en su calidad de gerente de indemnizaciones; 1.8 La Doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.775.653 de Bogotá, domiciliada en Bogotá, en su calidad de subgerente jurídica del Centro de Atención de Servicios (CAS); 1.9 La Doctora Ana Paulina Salazar Zapata, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.021.993 de Bogotá, en su calidad de gerente de cartera; 10. El Doctor Carlos Augusto Galvis Mejia, mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.232.965 de

Manizales, en su calidad de gerente de producción. 1.11 Angela Linares, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.798.624 de Bogotá, en su calidad de subgerente reclamación automóviles Centro de Atención de Servicios CAS. 2. Los anteriores funcionarios están facultados para: 2.1 Representar a la compaña ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo. 2.2 Representar a la compaña en las diligencias judiciales y extrajudiciales, notificarse de toda clase de providencias judiciales o administrativas, absolver interrogatorios de parte, renunciar a términos así como conciliar, transigir o desistir, de conformidad con los parámetros recomendados por el comité de defensa judicial y conciliación cuando sea necesario el cumplimiento de este requisito. 2.3 Atender los requerimientos y notificaciones de los organismos de vigilancia y control en los trámites que deban adelantarse ante los mismos. Que la presente escritura pública adiciona la facultades otorgadas a la Doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz, en el numeral 1.3 De la Escritura Pública No. 1734 de la Notaría 15 de Bogotá, D.C del 12 de julio de 2002 y las conferidas a los Doctores Maria Ninon Torres Ardila, y Gustavo Valbuena Quiñones, contenidas mediante Escritura Pública No. 2.105 del 13 de septiembre de 2001, de la Notaría 40 del Circulo de Bogotá. Que el presente poder no constituye delegación de la representación legal, en los términos del artículo cuatrocientos cuarenta (440) del Código de Comercio. Que el presente poder es indelegable.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 1964 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 02 de diciembre de 2009, inscrita el 16 de diciembre de 2009 bajo los No. 00016980, 00016981, 00016982, 00016983, 00016984, 00016985, 00016986, 00016987, 00016990, 00016991, 00016992, 00016993 del libro V, adicionado con la escritura pública No. 1493 de la Notaría 22 de Bogotá del 9 de septiembre de 2010 inscrita el 28 de septiembre de 2010 bajo los registros No. 00018575, 18576, 18577, 18578, 18579, 18580, 18581, 18582, 18583, 18586 del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificado con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Milciades Novoa Villamil identificado con cédula de ciudadanía 6.768.409, Servio Tulio Caicedo Velasco identificado con cédula de ciudadanía 19.381.908, Natalia Botero Zapata identificado con cédula de ciudadanía 42.130.417, Maria Elvira Bossa Madrid identificado con cédula de ciudadanía 51.560.200, Hugo Moreno Echeverri identificado con cédula de ciudadanía

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

19.345.876, Lidia Mireya Pilonieta Rueda identificado con cédula de ciudadanía 41.490.054, Eidelman Javier Gonzalez Sanchez identificado con cédula de ciudadanía 7.170.035, Carlos Andres Vargas Vargas identificado con cédula de ciudadanía 79.687.849, Jesus Martin German Ricardo Galeano Sotomayor identificado con cédula de ciudadanía 79.396.043, para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten lo siguientes actos: A) Realizar las siguientes gestiones, con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias; judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 1493 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 09 de septiembre de 2010, inscrita el 28 de septiembre de 2010 bajo los Nos. 00018588, 00018589, 00018590, 00018592, 00018593, 00018594, del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificado con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Sergio Alejandro Villegas Agudelo, identificado con cédula de ciudadanía No. 71.750.136 y con tarjeta profesional de abogado No. 80.282 del C.S.J., Carlos Francisco Garcia Harker identificado con cédula de ciudadanía No. 91.280.716 y con tarjeta profesional de abogado No. 76.550 del C.S.J. Marlio Mora Cabrera identificado con cédula de ciudadanía No. 7.687.087 y con tarjeta profesional de abogado No. 82.708 del C.S.J., Maria Claudia Romero Lenis identificada con cédula de ciudadanía No. 38.873.416 y con tarjeta profesional de abogada No. 83.061 del C.S.J., Alba Ines Gomez Velez identificada con cédula de ciudadanía No. 30.724.774 y tarjeta

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

profesional de abogada No. 48.637 del C.S.J., Angela Maria Lopez Castaño identificada con cédula de ciudadanía No. 66.819.581 y tarjeta profesional de abogada No. 117.450 del C.S.J; para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten los siguientes actos: A). Realizar las siguientes gestiones, con amplias facultades de representación. Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales; o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad, poderdante; absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan. B) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 2054 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 20 de diciembre de 2011, inscrita el 14 de diciembre de 2012 bajo los Nos. 00024148, 00024150, 00024152, 00024153, 00024155, 00024156, 00024157, 00024158 00024159, 00024160, 00024161, 00024162, 00024164, 00024165, 00024167, 00024168, 00024169 del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificada con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a: Sigifredo Wilches identificado con cédula de ciudadanía No.72.205.760 de Barranquilla, a Alexandra Patricia Torres Herrera identificada con cédula de ciudadanía No. 52.084.232 de Bogotá, Gustavo Herrera identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, Jorge Eliecer Salazar Avenia identificado con cédula de ciudadanía No. 9.066.232 de Cartagena, Marina Arevalo identificada con cédula de ciudadanía No. 27.649.776 de Cachira, Oscar Orlando Rios Silva identificado con cédula de ciudadanía No. 3.020.883 de Bogotá, Francisco Yesit Forero identificado con cédula de ciudadanía No. 19.340.822 de Bogotá, Lina Maria Uribe identificada con cédula de ciudadanía No. 30.317.073 de Manizales, Alvaro Augusto Gomez identificado con cédula de ciudadanía

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

No. 10.265.776 de Manizales, Mateo Pelaez identificado con cédula de ciudadanía No. 71.751.990 de Medellín, Juan Fernando Arbelaez Villada identificado con cédula de ciudadanía No.71.718.701 de Medellín, Lilly Aycardi identificada con cédula de ciudadanía No. 34.982.152 de Montería, Manfred Carlos Wagener Hollmann identificado con cédula de ciudadanía No. 92.501.000 de Sincelejo, Jose del Carmen Bernal identificado con cédula de ciudadanía No. 19.258.731 de Bogotá, Angela Maria Lopez identificada con cédula de ciudadanía No. 66.819.581 de Cali, y a Luisa Fernanda Velasquez Angel identificada con cédula de ciudadanía No. 52.085.315 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad ejecuten los siguientes actos: A) Realizar las siguientes gestiones con amplias facultades de representación notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales, mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 11059 de la Notaría 72 de Bogotá D.C., del 17 de octubre de 2014, inscrita el 21 de noviembre de 2014 bajo los Nos. 00029529, 00029530, 00029531, 00029532, 00029533, 00029534, 00029535, 00029536, 00029537, 00029538, 00029539, 00029540, 00029541, 00029542, 00029543, 00029544, 00029545 y 00029546 del libro V, compareció Alvaro Muñoz Franco identificado con cédula de ciudadanía No. 7.175.834 de Tunja en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Jorge Augusto Franco Giraldo identificado con la cédula de ciudadanía número 7.553.982 de Armenia y con tarjeta profesional de abogado número 80.029 del C.S. de la J.; Diana Milena Puentes identificada con la cédula de ciudadanía número 37.727.520 de Bucaramanga y con tarjeta profesional de abogado número

146.434 del C.S. de la J.; Juan Camilo Arango Rios identificado con la cédula ciudadanía número 71.332.852 de Medellín y con tarjeta profesional de abogado número 114.894 del C.S. de la J. Giovanny Alberto Peñaloza Pabon identificado con la cédula de ciudadanía número 79.491.810 de Bogotá D.C. y con tarjeta profesional de abogado número 91.122 del C.S. de la J.; Oscar Ivan Villanueva Sepulveda identificado con la cédula de ciudadanía número 93.414.517 de Ibagué y con tarjeta profesional de abogado número 134.101 de C.S. de la J.; Doricell Chaves Jimenez identificada con la cédula ciudadanía número 34.566.735 de Popayán y con tarjeta profesional de abogado número 113.135 del C.S. de la J.; Claudio Henry Yama Santacruz identificado con la cédula de ciudadanía número 12.981.369 de Pasto y con tarjeta profesional de abogado número 51.052 del C.S. de la J.; Jacqueline Romero Estrada identificada con la cédula de ciudadanía número 31.167.229 de Palmira y con tarjeta profesional de abogado número 89.936 del C.S. de la J., Miky Fernando Olaya Cuervo identificado con la cédula de ciudadanía número 79.858.391 de Bogotá D.C. y con tarjeta profesional de abogado número 121.321 del C.S. de la J.; Fabio Perez Quesada, identificado con la cédula de ciudadanía número 4.949.355 de Villavieja y con tarjeta profesional de abogado número 39.816 del C.S. de la J.; Hugues Olivella Viloria, identificado con la cédula de ciudadanía número 5.000.850 de Ciénaga (Santa Marta), y con tarjeta profesional de abogado número 70.228 del C.S. de la J.; Jorge Arturo Mercado Jimenez, identificado con la cédula de ciudadanía número 10.933.550 de Bogotá D.C. y con tarjeta profesional de abogado número 124.305 del C.S. de la J.; Maria Carolina Echeverri Gonzalez, identificada con la cédula de ciudadanía número 42.111.332 de Pereira y con tarjeta profesional de abogado número 98.867 del C.S. de la J.; Orlando Lasprilla Vasquez, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.974.403 de Cali y con tarjeta profesional de abogado número 26.812 del C.S. de la J.; Hugo Fernando Gonzalez Rubio identificado con la cédula de ciudadanía número 7.177.698 de Tunja y con tarjeta profesional de abogado número 161.269 del C.S. de la J. Gustavo Romero Ramirez identificado con la cédula de ciudadanía número 79.555.717 de Bogotá D.C. y con tarjeta profesional de abogado número 93.061 del C.S. de la J.; Joaquin de Jesus Castaño Ramirez identificado con la cédula de ciudadanía número 10.134.688 de Pereira y con tarjeta profesional de abogado número 158.318 del C.S. de la J.; Marisol Duque Ossa identificada con la cédula de ciudadanía número 43.619.421 de Medellín, con tarjeta profesional de abogado número 108.848 del C.S. de la J.; para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten los siguientes actos: A) Realizar

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

las siguientes gestiones, con amplias facultades de representación: notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 4454 de la Notaría 13 de Bogotá D.C., del 18 de agosto de 2015 inscrita el 24 de agosto de 2015 bajo el No. 00031810 del libro V, compareció con minuta por correo electrónico Consuelo Gonzalez Barreto identificada con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá D.C. en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Jose Miguel Arango Isaza identificado con cédula ciudadanía No. 79.143.214 de Bogotá D.C., y con tarjeta profesional de abogado No. 63.711 del C.S.J para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos, con amplias facultades de representación: A) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profiera la administradora del monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar, denominada COLJUEGOS, las superintendencias, la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité; con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir a través de poder especial para

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara; consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 0323 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 22 de marzo de 2017, inscrita el 4 de abril de 2017 bajo el No. 00037094 del libro V, compareció el señor Consuelo Gonzalez Barreto, identificado con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá, en su calidad representante legal de la sociedad de la referencia y en virtud del artículo primero literal c) numeral 4 de la escritura pública de delegación de funciones No. 1178 otorgada en la Notaría 22 del Círculo de Bogotá, procede a otorgar poder general a: Olfa Maria Perez Orellanos, mayor de edad, domiciliada en esta ciudad e identificada con cédula de ciudadanía número 39.006.745 del banco (magdalena) y con tarjeta profesional de abogada número 23817 del CSJ; Alexander Gomez Perez; mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con cédula de ciudadanía número 1.129.566.574 de Barranquilla y con tarjeta profesional de abogado número 185144 del CSJ; Juan Camilo Meza Kerguelen, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con cédula de ciudadanía número 72.281.511 de Barranquilla y con tarjeta profesional de abogado número 172133 del CSJ, para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten los siguientes actos, con amplias facultades de representación: A) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes así como de actos administrativos que profieren las superintendencias, la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan su veces. B) Asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas C) Realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. D) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución. E) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representa.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 0627 de la Notaría 22 de Bogotá d.C.,

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

del 01 de junio de 2017, inscrita el 25 de agosto de 2017 bajo el número 00037880 del libro V, compareció con Consuelo Gonzalez Barreto, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá quien actúa en su condición de representante legal de LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS, procede a otorgar poder general a: Carlos Eduardo Puerto Hurtado, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.085.601 de Bogotá y con tarjeta profesional de abogado número 148.099 del CSJ, y a Francisco Camargo Rodriguez identificado con cédula de ciudadanía No. 80.801.222 de Bogotá y con tarjeta profesional de abogado número 198.973 del CSJ para que en nombre y representación de la sociedad mencionada, ejecuten los siguientes actos, con amplias facultades de representación: A) La representación judicial por término indefinido y mientras no sea revocado por la otorgante a su apoderado general, quien se hará cargo de los asuntos litigiosos y en especial pero sin limitarse al levantamiento de las medidas cautelares practicadas dentro de los procesos ejecutivos, ordinarios y jurisdicción coactiva, por cuenta y riesgo del mandante. B) Representar al mandante ante cualquier entidad privada, oficial, gubernamental, semioficial, mixta, notaría, funcionario o empleado de la rama ejecutiva y los organismos vinculados o adscritos de la rama jurisdiccional del poder público para realizar cualquier petición, gestión, tramite, actuación, diligencia, procesos o demandas ya sea como demandante, como demandado o como coadyuvante de cualquiera de las partes; para inicial o seguir hasta su terminación, los procesos, actos, diligencias y actuaciones respectivas con facultades de disponer del derecho en litigio, firmar y radicar solicitudes, recibir notificaciones, e interponer recursos por vía gubernativa, judicial o extrajudicial. C) Conferir, revocar, sustituir y renunciar apoderamientos especiales para cuanto se expresa en el presente documento, según especificidad que quedara consignada en el poder de sustitución. D) En relación con alguna facultad no comprendida, el apoderado general actúa como agente oficioso procesal según el artículo 47 del Código de Procedimiento Civil, E) La parte poderdante deja constancia que las anteriores enunciaciones de gestiones y facultades otorgadas en forma expresa y especial lo es en forma enunciativa y no taxativa, es decir, el apoderado está facultado para realizar cualquier tipo de gestión relacionada o conexa con la representación judicial del mandante y aquellas actuaciones que sean necesarias para el cumplimiento de las gestiones expresamente enunciadas, de tal forma que nunca se podrá invocar, falta, insuficiencia o poder incompleto.

CERTIFICA:

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagén generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Que, por Escritura Pública No. 1005 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 22 de agosto de 2017 inscrita el 25 de agosto de 2017 bajo el No. 00037880 del libro V, compareció Consuelo Gonzalez Barreto, identificado con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Dayane Acosta Avila identificado con cédula ciudadanía No. 1.022.372.499 de Bogotá D.C., y a Edson Ivan Ordoñez identificado con cédula de ciudadanía No. 1.018.407.179 de Bogotá para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos con amplias facultades de representación: A) Notificarse de toda clase de providencia judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del ordena nacional departamental municipal o del Distrito Capital de Bogotá o entidades descentralizadas de los mismos órdenes. Así como actos administrativos que profiera la administradora del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar denominado COLJUEGOS las superintendencias la dirección de impuestos y aduanas nacionales o las entidades que hagan sus veces. B) Asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas. C) Realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA SAS COMPAÑÍA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. D) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones según especialidad que quedara en el respectivo poder de sustitución E) Absorber interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representa.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 0116 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 07 de febrero de 2018, inscrita el 23 de febrero de 2018 bajo el registro No. 00038852 del libro V, compareció Consuelo González Barreto identificado con cédula de ciudadanía No. 52252961 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Jhon Fredy Álvarez Camargo identificado con cédula ciudadanía No. 7184094 de Tunja, para que en nombre y representación de la sociedad mencionada, ejecute los siguientes actos, con amplias facultades de representación: A) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos de la orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias, la dirección de

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

impuesto y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces. B) Asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas. C) Realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. D) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución. E) Absolver interrogatorios de parte confesar y comprometer a la sociedad que representa.

CERTIFICA:

Que, por Escritura Pública No. 6929 de la Notaría 72 de Bogotá D.C., del 18 de diciembre de 2019, inscrita 20 de Diciembre de 2019 bajo el registro No. 00042812 del libro V, compareció Silvia Lucía Reyes Acevedo, identificada con la cédula de ciudadanía número 37.893.544 de Bogotá D.C., quién actúa en su calidad de Presidente y como tal Representante Legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, y quien para todos los efectos se denominará EL PODERDANTE, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a CONSUELO GONZÁLEZ BARRETO, identificada con la cédula de ciudadanía Número 52.252.961 expedida en Bogotá, D.G., quien actúa en su calidad de Vicepresidente Jurídica y como tal representante legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, para que en mi nombre y representación ejecute los siguientes actos: 1) Celebrar y ejecutar cualquier tipo de acto o contrato de la compañía independientemente del objeto y/o asunto, conforme a las disposiciones pertinentes. 2) Celebrar los actos y contratos relativos a compraventas e hipotecas a favor de la compañía, derivados de los créditos otorgados a los funcionarios cobijados por la Convención Colectiva de Trabajo. Que a partir de la fecha de otorgamiento de la presente Escritura, confiere poder general a GLORIA LUCÍA SUÁREZ DUQUE, identificada con la cédula de ciudadanía Número 52.620.196 pedida en Usaquén, quien actúa en su calidad de Vicepresidente de Indemnizaciones y como tal representante legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, para que en mi nombre y representación ejecute el siguiente acto: .1) Celebrar y ejecutar cualquier tipo de acto o contrato de la compañía, independientemente del objeto y/o asunto, conforme a las disposiciones pertinentes. Que las facultades y atribuciones conferidas mediante este escrito, estarán vigentes mientras no sean modificadas o revocadas por escritura pública que se registrará en la Cámara de Comercio correspondiente. Que los apoderados, aceptan el poder general por

medio de este instrumento y todas las cláusulas en él contenidas en los términos y condiciones aquí expresados.

Que por Escritura Pública No. 2012 de la notaría 50 de Bogotá D.C., del 12 de diciembre de 2001, inscrita el 18 de enero de 2002 bajo el No. 7388 del libro V, compareció el señor Alvaro Ramon Escallon Emiliani, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.165.123 de Bogotá, en su calidad de presidente y representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presenta escritura pública confiere poder especial, amplio y suficiente, pero limitado a las facultades concedidas mediante este documento, a la Doctora Monica Vivas Paz, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.401.420 expedida en Dagua (valle), quien se desempeña como gerente de la agencia de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS en la ciudad de Buenaventura, calidad que deberá, acreditar con la constancia de nombramiento inscrita en el registro de la Cámara de Comercio de esa ciudad, para que en tal carácter y en nombre de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS en adelante LA PREVISORA S.A., la represente legalmente en la realización de los siguientes actos: En el área de seguros: 1.- Celebrar y ejecutar, los actos y contratos de seguro y coaseguro y los demás requeridos para la participación de LA PREVISORA S.A., por conducto de la agencia, en los procesos de selección abiertos para la contratación de seguros o para atender las solicitudes de expedición de pólizas, expedir las mismas y demás certificados o anexos, hasta los siguientes límites: Ramos: Incendio y terremoto. Cuantía: Hasta mil (1.000) millones de valor asegurado. Ramos: Cumplimiento. Cuantía: Hasta cincuenta (50) millones de valor asegurado. Ramos: Automóviles. Cuantía: Hasta doscientos (200) millones de valor asegurado. Ramos: Casco barco. Cuantía: Hasta doscientos cincuenta (250) millones de valor asegurado. Ramos: Manejo. Cuantía: Hasta diez (10) millones de valor asegurado. Ramos: Corriente débil. Cuantía: Hasta mil (1000) millones de valor asegurado. Ramos: Responsabilidad civil. Cuantía: Hasta setenta y cinco mil dólares (US$75.000) de valor asegurado. Ramos: Sota. Cuantía: Sin límite de valor asegurado. Para la expedición de estos seguros, la gerente de la agencia deberá proceder de acuerdo con las políticas y procedimientos de selección y aceptación de riesgos establecidos por LA PREVISORA S.A., en sus manuales técnicos, para los gerentes de sucursal. 2- Atender las peticiones que en desarrollo de los aludidos actos y contratos eleven los tomadores de las pólizas o asegurados. 3.- Celebrar y ejecutar, con sujeción. A las

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

instrucciones de la vicepresidencia de seguros todos los actos y contratos requeridos para la adecuación atención de las solicitudes indemnizaciones, presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la agencia, los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones, cuando a ello haya lugar. 4- Celebrar y ejecutar los actos y contratos en materia de intermediación de seguros, expedidos por la agencia. 5- Celebrar los actos y contratos relacionados con evaluadores de riesgos, inspectores, ajustadores, investigadores, actuarios, abogados y demás asesorías de orden técnico para la asunción de riesgos y la atención de siniestros que le competan a la agencia. 6- Cuando se trate de la contratación de ahogados para asuntos relacionados con seguros o indemnizaciones de la agencia, está facultada para otorgar el poder correspondiente, asistir en representación de LA PREVISORA S.A., a las diligencias judiciales o extrajudiciales, celebrar en desarrollo de las mismas las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación 7.- Aprobar la constitución de contragarantías de pólizas cuya expedición se haya autorizado a la agencia. La apoderada solo podrá expedir físicamente las pólizas que excedan las delegaciones, previo el visto bueno y la autorización escrita emitida por la vicepresidencia de seguros. En el área administrativa. 1.- Celebrar contratos de arrendamiento de bienes inmuebles que requiera la agencia, hasta por un valor de sesenta (60) SMLM, con sujeción a las pautas que para el efecto establezca la vicepresidencia administrativa, previo el trámite que corresponda según la circular de contratación. 2.- Celebrar los actos y contratos relacionados con compraventa de bienes muebles, obras prestación de servicios y en general aquellos requeridos para la prestación de servicios generales de la agencia., hasta por un valor de cuarenta (40) SMLM, con sujeción a las pautas que para el efecto establezca la vicepresidencia administrativa, previo el trámite que corresponda, según la circular de contratación. 3.- Dirigir el personal al servicio de la agencia, impartir las órdenes e instrucciones para el buen desempeño de sus labores y velar por el cumplimiento de sus obligaciones contractuales y legales. 4- Velar por la expedición y renovación de las licencias administrativas de funcionamiento de la agencia, así como la oportuna inscripción y renovación de las matrículas mercantiles en la Cámara de Comercio local. En el área financiera y de operaciones. - 1.- Celebrar y ejecutar los actos y contratos que le permitan responder por la veracidad contabilidad oportunidad de la operación de la agencia. 2.- Abra corrientes en la sede de agencia, a nombre de la previsora s a

compañía de seguros y manejarlas de conformidad con las instrucciones: Impartidas por la vicepresidencia financiera y de operaciones. 3. Cobrar las acreencias a favor de la compañía, por concepto de primas o por cualquier otro concepto. 4.- Atender los requerimientos impositivos de carácter municipal, previa aprobación del vicepresidente financiero y de operaciones. En el área jurídica- otorgar, previa autorización de la vicepresidencia jurídica, poderes a los abogados externos para la representación de los intereses de LA PREVISORA S.A. ante las autoridades judiciales y administrativas, con facultades para conciliar, transigir y recibir. En el área comercial. 1.- Planear, organizar y responder por la gestión comercial de la agencia. 2.- Representar la agencia en asuntos relacionados con intermediarios y pago de comisiones de negociación, celebrada por conducto de la misma. Tercero - Que el presente poder no constituye delegación de la representación legal en los términos del artículo 440 del Código de Comercio, ni los alcances prescritos por el artículo 96 y siguientes del estatuto mercantil. Cuarto - El presente poder es indelegable.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1734 de la Notaría 15 de Bogotá D.C., del 12 de julio de 2002, inscrita el 18 de julio de 2002 bajo el No. 7770 del libro V, reformada por la Escritura Pública No. 864 de la Notaría 15 de Bogotá D.C, del 8 de abril de 2003, inscrita el 14 de abril de 2003 bajo el No. 8315 del libro V, reformada por la escritura pública No. 2863 de la Notaría 15 de Bogotá D.C., del 18 de noviembre de 2003, inscrita el 25 de noviembre de 2003 bajo el No. 8702 del libro V, compareció Juan Carlos Grillo Posada, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.118.278 de Pereira, quien obra en su calidad de presidente y como tal representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, fija los poderes que tendrán: 1. La Doctora Beatriz Eugenia Perez Lopez, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía número 43.017.977 de Medellín, domiciliada en Bogotá, en su calidad de gerente nacional de Centro de Atención de Servicios (CAS). 1.2 La Doctora Elizabeth Pinto Hernandez, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía No. 37.837.810 de Bucaramanga, domiciliada en Bogotá, en su calidad de subgerente de reclamaciones del Centro de Atención de Servicios (CAS) Bogotá. 1.3 Doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.775.653 de Bogotá, domiciliada en Bogotá, en su calidad de subgerente jurídica del Centro de Atención de Servicios (CAS). 1.4 Doctora Maria del Pilar Vallejo Barrera, mayor de edad identificada

con la cédula de ciudadanía No. 51.764.113 de Bogotá, domiciliada en Barranquilla, en su calidad de subgerente del Centro de Atención de Servicios (CAS) regional norte así: A) La gerente nacional del Centro de Atención de Servicios (CAS) Doctora Beatriz Eugenia Perez Lopez: 1.1.1 Conforme a los manuales de suscripción emanados de la vicepresidencia de seguros, tendrá la facultad de expedir pólizas previamente suscritas, que le sean solicitadas por las diferentes sucursales de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. 1.1.2 Tendrá la facultad de tramitar las reclamaciones indemnizatorias, con sujeción a los manuales de indemnización expedidos por la vicepresidencia de seguros, para las diferentes sucursales de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. 1.1.3 Celebrar y ejecutar con sujeción a los manuales y circulares vigentes, los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de los siniestros a nivel nacional. 1.1.4 Representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas en siniestros a nivel nacional, con la facultad para conciliar y transigir, en los términos autorizados por el comité de defensa judicial y conciliación, cuando sea necesario el cumplimiento de este requisito. 1.1.5 Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control en los trámites que deban adelantarse ante los mismos y para la atención de requerimientos. 1.1.6 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en el presente numeral. 1.2. El subgerente de reclamaciones del Centro de Atención de Servicios Doctora Elizabeth Pinto Hernández, a nivel nacional tendrá las siguientes facultades: 1.2.1 Celebrar y ejecutar con sujeción a las instrucciones de la vicepresidencia de seguros todos los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de las solicitudes indemnizatorias presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la compañía. 1.2.2 Efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones cuando a ello hubiere lugar. 1.2. 3. Celebrar los actos y contratos relacionados con ajustadores investigadores y demás asesorías de orden técnico, para la atención de los siniestros y asistir en representación de la compañía, a las diligencias arbitrales, judiciales o extrajudiciales y celebrar en desarrollo de las mismas, las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación, cuando a ello hubiere lugar y notificarse de todas las decisiones judiciales y demás organismos de control. 1.2.4 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en el presente numeral. 1.3.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

La subgerente jurídica del Centro de Atención de Servicios doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz tendrá las siguientes facultades: 1.3.1 Contratar los abogados para asuntos relacionados con indemnizaciones, otorgar el poder correspondiente y asistir en representación de la compañía a las diligencias arbitrales, judiciales o extrajudiciales y celebrar en desarrollo de las mismas las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación cuando a ello hubiere lugar y notificarse de todas las decisiones administrativas, judiciales y demás organismos de control. 1.3.2 Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control en los trámites que deban adelantarse ante los mismos y para la atención de requerimientos. 1.4 La subgerente de Atención de Servicios CAS de la regional norte Doctora Maria del Pilar Vallejo Barrera, tendrá las siguientes facultades: 1.4.1 Las mismas señaladas en los numerales 1.2 y 1.3 precedentes pero únicamente respecto del ámbito de la jurisdicción de la respectiva regional. 1.2. El doctor Oscar Alirio Lopez Villamarin, mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.976.904 de Pasto (Nariño) domiciliado en Bogotá, en su calidad de subgerente de reclamaciones del Centro de Atención de Servicios (CAS), así: 1.2. El subgerente de reclamaciones del Centro de Atención de Servicios (CAS) Doctor Oscar Alirio Lopez Villamarin, a nivel nacional tendrá las siguientes facultades: 1.2.1 Celebrar y ejecutar con sujeción a las instrucciones de la vicepresidencia de seguros todos los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de las solicitudes indemnizatorias presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la compañía. 1.2.2 Efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones cuando a ello hubiere lugar. 1.2.3 Celebrar los actos y contratos relacionados con ajustadores, investigadores y demás asesorías de orden técnico, para la atención de los siniestros, otorgar poderes y asistir en representación de la compañía a toda clase de diligencias arbitrales, judiciales y extrajudiciales, así como celebrar en desarrollo de las mismas conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa autorización del comité de defensa judicial y conciliación, cuando a ello hubiere lugar y notificarse de todas las decisiones administrativas, judiciales y demás organismos de control. 1.2.4 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en el presente numeral.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 0315 de la Notaría 33 de Bogotá D.C.,

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

del 12 de febrero de 2004, inscrita el 19 de febrero de 2004 bajo el No. 8801 del libro V, compareció Juan Carlos Grillo Posada, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.118.278 de Pereira en su condición de presidente y como tal representante legal de LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS, por medio de la presente escritura pública, fija los poderes que tendrán: 1. La Doctora Camila Michelsen Niño, mayor de edad identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.692.876 de Bogotá, domiciliada en Bogotá, en su calidad de gerente de gestión humana; 1.2. La Doctora Maria Ninon Torres Ardila, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.691.569 de Bogotá, domiciliada en Bogotá, en su calidad de administración de personal; 1.3. El Doctor Gustavo Valbuena Quiñones, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.779.355 de Bogotá, en su calidad de gerente jurídico de casa matriz; 1.4. El Doctor Hector Carlos Palacino Suarez, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudad No. 19.059.550 de Bogotá, en su calidad de subgerente legal y de proceso; 1.5. El Doctor Fernando Lombana Silva, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.265.563 de Bogotá, en su calidad de gerente de riesgos industriales; 1.6. El doctor Armando Bustamante, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.088.848 de Bogotá, en su calidad de gerente de seguros generales; 1.7. El Doctor Jose Quintero Calderon, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.226.367 de Bogotá, en su calidad de gerente de indemnizaciones; 1.8. La Doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.775.653 de Bogotá domiciliada en Bogotá, en su calidad de subgerente jurídica del Centro de Atención de Servicios (CAS); 1.9. La Doctora Ana Paulina Salazar Zapata, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.021.993 de Bogotá, en su calidad de gerente de cartera. 1.10. El Doctor Carlos Augusto Galvis Mejia, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.232.965 de Manizales, en su calidad de gerente de producción. 1.11 Angela Linares, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.798.624 de Bogotá, en su calidad de subgerente reclamación automóviles Centro de Atención de Servicios CAS. 2. Los anteriores funcionarios están facultados para: 2.1. Representar a la compañía ante todas las autoridades de los órdenes judiciales y administrativos. 2.2 Representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales o administrativas, absolver interrogatorios de parte, renunciar a términos así como conciliar, transigir o desistir, de conformidad con los parámetros recomendados por el comité de defensa judicial y conciliación cuando sea necesario

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

el cumplimiento de este requisito. 2.3.·Atender los requerimientos y notificaciones de los organismos de vigilancia y control en los trámites que deban adelantarse ante los mismos. Tercero: Que la presente escritura adiciona las facultades otorgadas a la Doctora Claudia Rocio Chaux Ortiz, en el numeral 1.3. De la Escritura Pública No. 1734 de la Notaría 15 de Bogotá D.C. Del 12 de julio de 2002, y las conferidas a los Doctores Maria Ninon Torres Ardila, y Gustavo Valbuena Quiñones, contenidas mediante Escritura Pública No. 2105 del 13 de septiembre de 2001, de la Notaría 40 del Círculo de Bogotá. Cuarto: Que el presente poder no constituye delegación de la representación legal, en los términos del artículo cuatrocientos cuarenta (440) del Código de Comercio.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1964 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 02 de diciembre de 2009, inscrita el 16 de diciembre de 2009 bajo los No. 00016980, 00016981, 00016982, 00016983, 00016984, 00016985, 00016986, 00016987, 00016990, 00016991, 00016992, 00016993 del libro V, adicionado con la escritura pública No. 1493 de la Notaría 22 de Bogotá del 9 de septiembre de 2010 inscrita el 28 de septiembre de 2010 bajo los registros No. 00018575, 18576, 16577, 18578, 18579, 18580, 18581, 18582, 18583, 18586 del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya. identificado con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Milciades Novoa Villamil identificado con cédula de ciudadanía 6.768.409, Servio Tulio Caicedo Velasco· identificado con cédula de ciudadanía 19.381.908, Natalia Botero Zapata identificado con cédula de ciudadanía 42.130.417, Maria Elvira Bossa Madrid identificado con cédula de ciudadanía 51.560.200, Hugo Moreno Echeverri identificado con cédula de ciudadanía 19.345.876, Lidia Mireya Pilonieta Rueda identificado con cédula de ciudadanía 41.490.054, Eidelman Javier González Sánchez identificado con cédula de ciudadanía 7.170.035, Carlos Andrés Vargas Vargas identificado con cédula de ciudadanía 79.687.849, Jesus Martin German Ricardo Galeano Sotomayor identificado con cédula de ciudadanía 79.396.043, para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten lo siguientes actos: A) Realizar las siguientes gestiones, con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias; judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas, realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1493 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 09 de septiembre de 2010, inscrita el 28 de septiembre de 2010 bajo los No. 00018588, 00018589, 00018590, 00018592, 00018593, 00018594, del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificado con cédula de ciudadanía No. 52.51.695 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Sergio Alejandro Villegas Agudelo, identificado con cédula de ciudadanía No. 71.750.136 y con tarjeta profesional de abogado No. 80.828 del C.S.J., Carlos Francisco Garcia Harper identificado con cédula de ciudadanía No. 91.280.716 y con tarjeta profesional No. 76.550 del C.S.J., Marlio Mora Cabrera identificado con cédula de ciudadanía No. 7.687.087 y con tarjeta profesional No. 82.708 del C.S.J, Maria Claudia Romero Lenis identificada con cédula de ciudadanía No. 38.873.416 y con tarjeta profesional de abogada No. 83.061 del C.S.J., Alba Iñes Gomez Velez identificada con cédula de ciudadanía No. 30.724.774 y tarjeta profesional de abogada No. 48.637 del C.S.J, Angela Maria Lopez Castaño identificada con cédula de ciudadanía No. 66.819.581 y tarjeta profesional de abogada No. 117.450 del C.S.J; para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten los siguientes actos: A) Realizar las siguientes gestiones con amplias facultadas de representación. Notificarse de toda clase de providencias judiciales emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá o entidades descentralizadas por los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales: o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales mediando

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad, poderdante; absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan. B) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedara consignada en el respectivo poder de sustitución.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 2054 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 20 de diciembre de 2011, inscrita el 14 de diciembre de 2012 bajo los Nos. 00024148, 00024150, 00024152, 00024155, 00024156, 00024157, 00024158, 00024159, 00024160, 00024161, 00024162, 00024164, 00024165, 00024167, 00024168, 00024169 del libro V, compareció Paula Marcela Moreno Moya identificada con cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a: Sigifredo Wilches identificado con cédula de ciudadanía No. 72.205.760 de barranquilla, a Alexandra Patricia Torres Herrera identificada con cédula de ciudadanía No. 52.084.232 de Bogotá, Gustavo Herrera identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395. 114 de Bogotá, Jorge Eliecer Salazar Avenia identificado con cédula de ciudadanía No. 9.066.232 de Cartagena, Marina Arévalo identificada con cédula de ciudadanía No. 27.649.776 de Cachira, Oscar Orlando Rios Silva identificado con cédula de ciudadanía No. 3.020.883 de Bogotá, Francisco Yesit Forero identificado con cédula de ciudadanía No. 19.340.822 de Bogotá, Lina Maria Uribe identificada con cédula de ciudadanía No. 30.317.073 de Manizales, Alvaro Augusto Gomez identificado con cédula de ciudadanía No. 10.265.776 de Manizales, Mateo Pelaez identificado con cédula de ciudadanía No.71.751.990 de Medellín, Juan Fernando Arbelaez Villada identificado con cédula de ciudadanía No.71.718.701 de Medellín, Lilly Aycardi identificada con cédula de ciudadanía No. 34.982.152 de Montería, Manfred Carlos Wagener Hollmann identificado con cédula de ciudadanía No. 92.501.000 de Sincelejo, Jose del Carmen Bernal identificado con cédula de ciudadanía No. 19.258.731 de Bogotá, Angela Maria Lopez identificada con cédula de ciudadanía No. 66.819.581 de Cali, y a Luisa Fernanda Velasquez Angel identificada con cédula de ciudadanía No. 52.085.315 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad ejecuten los siguientes actos: A) Realizar las siguientes gestiones con amplias facultades de representación notificarse de toda clase de providencias judiciales o

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales, mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedará consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 11059 de la Notaría 72 de Bogotá D.C., del 17 de octubre de 2014, inscrita el 21 de noviembre de 2014 bajo los Nos. 00029529, 00029530, 00029531, 00029532, 00029533, 00029534, 00029535, 00029536, 00029537, 00029538, 00029539, 00029540, 00029541, 00029542, 00029543, 00029544, 00029545 y 00029546 del libro V; compareció Alvaro Muñoz Franco identificado con cédula de ciudadanía No. 7.175.834 de Tunja en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Jorge Augusto Franco Giraldo identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.553.982 de Armenia y con tarjeta profesional de abogado número 80.029 del C.S. de la J.; Diana Milena Puentes identificada con la cédula de ciudadanía número 37.727.520 de Bucaramanga y con tarjeta profesional de abogado número 146.4341 del C.S. de la J.; Juan Camilo Arango Rios identificado con la cédula ciudadanía número 71.332.852 de Medellín y con tarjeta profesional de abogado número 114.894 del C.S. de la J. Giovanny Alberto Peñaloza Pabón identificado con la cédula de ciudadanía número 79.491.810 de Bogotá D.C. y con tarjeta profesional de abogado número 91.122 del C.S. de la J.; Oscar Iván Villanueva Sepúlveda identificado con la cédula de ciudadanía número 93.414.517 de Ibagué y con tarjeta profesional de abogado número 134.101 de C.S. de la J.; Doricell Chaves Jiménez identificada con la cédula ciudadanía número 34.566.735 de Popayán y con tarjeta profesional de abogado número 113.135 del C.S. de la J.; Claudio Henry Yama Santacruz identificado con la cédula de ciudadanía número 12.981.369 de pasto y con tarjeta profesional de abogado número 51.052 del C.S. de la J.; Jacqueline

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Romer Estrada identificada con la cédula de ciudadanía número 31.167.229 de Palmira y con tarjeta profesional de abogado número 89.936 del C.S. de la J., Miky Feernandd Olaya Cuervo identificado con la cédula de ciudadanía número 79.858.391 de Bogotá D.C. y con tarjeta profesional de abogado número 121.321 del C.S. de la J.; Fabio Pérez Quesada, identificado con la cédula de ciudadanía número 4.949.355 de Villavieja y con tarjeta profesional de abogado número 39.816 del C.S. de la J.; Hugues Olivella Viloria, identificado con la cédula de ciudadanía número 5.000.850 de Ciénaga (Santa Marta), y con tarjeta profesional de abogado número 70.228 del C.S. de la J.; Jorge Arturo Mercado Jiménez, identificado con la cédula de ciudadanía número 10.933.550 de Bogotá D.C. y con tarjeta profesional de abogado número 124.305 del C.S. de la J.; María Carolina Echeverri González, identificada con la cédula de ciudadanía número 42.111.332 de Pereira y con tarjeta profesional de abogado número: 98.867 del C.S. de la J; Orlando Lasprilla Vásquez, identificado con la cédula de ciudadanía número 14.974.403 de Cali y con tarjeta profesional de abogado número 26.812 del C.S. de la J;, Hugo Fernando González Rubio identificado con la cédula de ciudadanía número 7.177.698 de Tunja y con tarjeta profesional de abogado número 161.269 del C.S. de la J. Gustavo Romero Ramírez identificado con la cédula de ciudadanía número 79.555.717 de Bogotá D.C. Y con tarjeta profesional de abogado número 93.061 del C.S. de la J.; Joaquín de Jesús Castaño Ramírez identificado con la cédula de ciudadanía número 10.134.688 Pereira y con tarjeta profesional de abogado número 158.318 del C.S. de la J.; Marisol Duque Ossa identificada con la cédula de ciudadanía número 43.619.421 de Medellín, con tarjeta profesional de abogado número 108.848 del C.S. de la J.; para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecuten los siguientes actos: A) Realizar las siguientes gestiones, con amplias facultades de representación' notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profieran las superintendencias y la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS suscrita por la secretaría de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir a través de poder especial para

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedará consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 4454 de la Notaría 13 de Bogotá D.C., del 18 de agosto de 2015 inscrita el 24 de agosto de 2015 bajo el No. 00031810 del libro V, compareció con minuta por correo electrónico Consuelo Gonzalez Barreto identificada con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá D.C. en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Jose Miguel Arango Isaza identificado con cédula ciudadanía No. 79.143.214 de Bogotá D.C., y con tarjeta profesional de abogado No. 63.711 del C.S.J para que en nombre y representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos, con amplias facultades de representación: A) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes, así como de actos administrativos que profiera la administradora del monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar, denominada COLJUEGOS, las superintendencias, la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o las entidades que hagan sus veces; asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas; realizar conciliaciones parciales y totales mediando recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS suscrita por la secretaria de dicho comité; con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. B) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedará; consignada en el respectivo poder de sustitución. C) Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representan.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 0323 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 22 de marzo de 2017, inscrita el 4 de abril de 2017 bajo el No. 00037094 del libro V, compareció el señor Consuelo González Barreto, identificado con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá, en su calidad representante legal de la sociedad de la referencia, en virtud del artículo primero literal c) numeral 4 de la escritura pública de delegación de funciones No. 1178 otorgada en la Notaría 22 del Círculo de Bogotá, procede a otorgar poder general a: Olfa Maria

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Pérez Orellanos, mayor de edad, domiciliada en esta ciudad e identificada con cédula de ciudadanía número 39.006.745 de el banco (magdalena) y con tarjeta profesional dé abogada número 23817 del CSJ; Alexander Góme Pérez; mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con cédula di ciudadanía número 1.129.566.574 de Barranquilla y con tarjeta profesional de abogado número 185144 del CSJ; Juan Camilo Meża Kerguelen, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con cédula de ciudadanía número 72.281.511 de Barranquilla y con tarjeta profesional de abogado número 172133 del CSJ, para que en nombre y representación de la sociedad mencionada, ejecuten lo siguientes actos, con amplias facultades de representación: a) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del Distrito Capital de Bogotá, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes así como de actos administrativos que profieran las superintendencias, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, o las entidades que hagan su veces. B) Asistir a audiencias de conciliación de toda clase y diligencias judiciales y administrativas C) Realizar conciliaciones parciales y totales mediante recomendación del comité de defensa judicial y conciliación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS suscrita por la secretaría de dicho comité, con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante. D) Sustituir a través de poder especial para determinadas audiencias o notificaciones, según especificidad que quedará consignada en el respectivo poder de sustitución. E) absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representa.

CERTIFICA:

Que por Documento Privado No. Sin núm. Del 29 de julio de 2016, inscrito el 22 de agosto de 2016 bajo el No. 00035273 del libro V, Andres Restrepo Montoya identificado con cédula de ciudadanía No. 79.782.221 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder especial, amplio y suficiente, pero limitado a las facultades concedidas mediante este documento, a la sociedad comercial evolucionar seguros limitada, con domicilio en la ciudad de barranquilla, legalmente constituida por Escritura Pública número 6526 del 26 de octubre de 2010, otorgada en la Notaría 5 de Barranquilla, inscrita en la Cámara de Comercio de Barranquilla el 26 de octubre de 2010 bajo el No. 163.619 del libro respectivo, legalmente representada por su gerente, Doctor Ernesto Jose Puente Gonzalez Rubio, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No. 73.108.530 de Cartagena, para que en nombre y representación de la firma evolucionar seguros limitada, quien en adelante y para los efectos del presente documento se denominará evolucionar seguros limitada, la represente en la realización de los siguientes condiciones primera: Presentar ofertas de seguros en las condiciones estipuladas, expedir y renovar las pólizas respectivas en los ramos y productos adelante nombrados, de acuerdo con las políticas y procedimientos de selección y aceptación de riesgos actualmente establecidos por LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS en sus manuales y políticas vigentes, así como los que en el futuro se establezcan, de manera general mediante la modificación a dichos manuales o de manera particular o por escrito específicamente para evolucionar seguros limitada, hasta los siguientes límites: Ramos y cuantías: 1. Ramo manejo individual, límite de valor $200.000.000 por póliza; 2. Ramo manejo global, límite de valor $600.000.000, por póliza; 3. Ramo cumplimiento límite de valor $4.500.000.000, por afianzado; 4. Ramo incendio límite de valor $35.000.000.000, por riesgo, incluyendo daños materiales combinados; incluido el lucro cesante por daños y rotura de maquinaria de acuerdo con los amparos de la póliza y los limites por tipo de riesgo descritos en el manual de políticas (tabla de plenos); 5. Ramo transportes - póliza automática de mercancías: Límite hasta $1.500.000.000 por despacho; 6. Ramo transportes - póliza previcarga: Límite hasta $800.000.000 por despacho; 7. Ramo transporte - póliza especifica de mercancías, límite hasta $100.000.000 por despacho; 8. Ramo transportes - póliza automática de valores, límite hasta $30.000.000 por despacho; 9. Ramo casco barco, límite de valor col $50.000.000 por embarcación $300.000.000, por póliza; 10. Ramo maquinaria y equipo de contratistas, límite de valor USD200.000, por máquina, USD$1.000.000; 11. Ramo responsabilidad civil: Médicos individuales, límite de valor col $500.000.000; 12. Ramo responsabilidad civil extracontractual, límite de valor col $1.000.000.000, por póliza; 13. Ramo responsabilidad civil decretos se cotizará según los cotizadores vigentes; 14. Ramo corriente débil - hurto simple y calificado $5.000.000.000 por riesgo; 15. Ramo vida grupo y grupo deudores: Hasta 132 SMMLV de valor asegurado por persona, prima anual por negocio 92 SMMLV (el valor asegurado máximo por persona, sumados los amparos acumulables, (ver manual de políticas) no será superior a los límites de delegación citados), sin embargo se exceptúan de esta autorización, pólizas para deportistas profesionales, o para amparar riesgos políticos (a excepción de las pólizas de vida grupo para alcaldes, personeros y concejales de

---

acuerdo con el cotizador previnet) sin la previa autorización escrita (o por correo electrónico) emitida por vicepresidencia técnica, gerencia o jefatura de producto de la compañía; 16. Ramo accidentes personales: Hasta 20 millones de valor asegurado por persona siempre y cuando la prima anual del negocio no supere $100 millones. El valor asegurado máximo por persona, sumados los amparos acumulables, (ver manual de políticas) no será superior a los límites de delegación citados, sin embargo se exceptúan de esta autorización, pólizas para deportistas profesionales, o, para amparar riesgos políticos (a excepción de las pólizas de vida grupo para alcaldes, personeros y concejales de acuerdo con el cotizador previnet) sin la previa autorización escrita (o por correo electrónico) emitida por vicepresidencia técnica, gerencia o jefatura de producto de la compañía; 17. Ramo de automóviles: Los valores asegurados máximos por cada riesgo: Livianos: Hasta $200 millones de pesos; pesados: Hasta $300 millones de pesos; 18. Ramo SOAT: No tendrá autorización para expedir este ramo. Adicionalmente, los siguientes ramos cuentan con autorización de expedición siempre y cuando hagan parte de algunos de los productos "previs" (multirriesgo excepto daños materiales combinados) dentro de los parámetros técnicos y económicos especificados dentro de los cotizadores vigentes: Incendio y (sic) incluyendo lucro cesante); terremoto; sustracción; corriente débil; rotura de maquinaria incluyendo lucro cesante; equipo y maquinaria; todo riesgo construcción; casco barco; casco aviación; montaje de maquinaria; transporte. Segunda: Evolucionar seguros limitada tendrá facultades para presentar ofertas de seguros únicamente respecto de los ramos y cuantías para los cuales se encuentra debidamente facultada u autorizada mediante el presente documento, y deberán ser elaboradas en el formato definido e implementado por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en cuyo texto se debe manifestar expresamente que la propuesta no constituye una oferta comercial y que ella se expide única y exclusivamente con propósitos informativos sobre los posibles costos del seguro y sus condiciones, los cuales serán susceptibles de modificación hasta tanto no se concreten y determinen las características de los respectivos riesgos. Igualmente, evolucionar seguros limitada no está facultada para ofrecer comisiones de intermediación superiores a las autorizadas por LA PREVISORA SA. COMPAÑÍA DE SEGUROS. Así mismo en ningún caso la vigencia del contrato de las pólizas se iniciará con anterioridad a la de la solicitud escrita del seguro por parte de quien tendrá la calidad de tomador, ni con anterioridad al otorgamiento o cumplimiento de los requisitos técnicos procedentes, según el manual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

aplicable, tales como inspecciones, avalúos dictámenes técnicos procedentes y requisitos a que haya lugar, y a la aceptación escrita y expresa del riesgo cotizado por parte de evolucionar seguros limitada o de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, según las cuantías y limitaciones establecidas en el presente poder. Todas las ofertas de seguro que realice evolucionar seguros limitada, para su respectiva validez y control deberán ser copiadas por correo electrónico a la vicepresidencia técnica o gerencia o jefatura de producto de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, sin que ello genere liberación de responsabilidad de evolucionar seguros limitada en el caso de incumplimiento del presente poder. Adicionalmente a las ofertas de seguro se adjuntarán las condiciones generales, particulares y cláusulas especiales aplicables, con indicación de las codificaciones y registro que corresponda en la superintendencia financiera. Cuando se trate de negocios que por sus características propias, y de acuerdo con los manuales de suscripción de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, requiera la contratación de reaseguros facultativo, se indicará en la cotización que la iniciación de la vigencia del contrato de seguro y por lo tanto la expedición de la correspondiente póliza, queda supeditada a condiciones suspensiva consistente en la colocación del 100% del riesgo con los respectivos reaseguradores. Con los límites y condiciones señaladas en el presente documento, evolucionar seguros limitada estará facultada para presentar negocios en coaseguro salvo para los siguientes ramos: Cumplimiento, automóviles, responsabilidad civil extracontractual, excepto responsabilidad civil predios labores y operaciones. Tercera: Evolucionar seguros limitada tramitara solicitudes de expedición de pólizas de seguros provenientes de los clientes, por escrito únicamente respecto de los ramos y cuantías indicados, para los cuales se encuentre autorizado de acuerdo a las facultades otorgadas. Cuarta: Evolucionar seguros limitada está facultada para que en nombre y representación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, presente ofertas sin límite de cuantía en licitaciones privadas o públicas en coordinación con la vicepresidencia comercial y técnica, celebrar y ejecutar los actos y contratos derivados de tal participación, así como participar y ofertar sin límite de cuantía en procesos de contratación directa, concursos, invitaciones y solicitudes de cotización de seguros, que tengan lugar en los departamentos del atlántico, cesar y magdalena. Evolucionar seguros limitada no se encuentra facultada para celebrar contratos con ajustadores, investigadores, peritos y cualquier otro personal calificado de apoyo para el estudio de la suscripción y de las

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $·6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

reclamaciones. Estos . serán contratados directamente por la dirección general de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS según el caso. Quinta: Respecto de las pólizas que excedan las facultades aquí establecidas, evolucionar seguros limitada solo podrá expedirlas físicamente con previa autorización escrita (o por correo electrónico) emitida por vicepresidencia técnica, gerencia o jefatura de producto de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. Sexta: Evolucionar seguros limitada no tiene facultades para cotizar, aceptar o emitir pólizas de manejo global bancaria (infidelidad y riesgos financieros), ni responsabilidad civil para administradores y directores, ni responsabilidad civil servidores públicos u otras de responsabilidad civil profesional, , ni otros ramos o productos diferentes a los enunciados en el presente documento, sin la previa autorización escrita (o por correo electrónico) de la presidencia de la compañía o de la vicepresidencia técnica, gerencia o jefatura de producto de la compañía. Séptima: El presente poder es indelegable, salvo en lo relativo a la firma de las pólizas de seguro y sus anexos, respecto de lo cual evolucionar seguros limitada, podrá dentro de los límites y delegaciones aquí establecidos, y bajo su responsabilidad personal y la supervisión permanente que le corresponde realizar sobre la expedición de tales documentos, delegar en el subgerente de EVOLUCIONAR SEGUROS LIMITADA, la firma de las pólizas de seguro y sus anexos.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 0627 de la Notaría 22 de Bogotá D.C., del 1 de junio de 2017, inscrita el 6 de junio de 2017 bajo el No. 00037361 del libro V, compareció Consuelo Gonzalez Barreto identificada con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá en su calidad de representante legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA SE SEGUROS, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Carlos Edurado Puerto Hurtado, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número. 80.085.601 de Bogotá y con tarjeta profesional de abogado número 148.099 del CSJ, y a Francisco Camargo Rodríguez, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número. 80.801.222 de Bogotá y con tarjeta profesional de abogado número 198.973 del CSJ para que en nombre y representación de la sociedad mencionada, ejecuten los siguientes actos, con amplias facultades de representación A) La representación judicial por término indefinido y mientras no sea revocado por la otorgante a su apoderado general, quien será hará cargo de los asuntos litigiosos y en especial pero sin limitarse al levantamiento de las medidas cautelares practicadas dentro de procesos ejecutivos, ordinarios y

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

jurisdicción coactiva, por cuenta y riesgo del mandante. B) Representar al mandante ante cualquier entidad privada, oficial, gubernamental, semioficial, mixta, notaría, funcionario o empleado de la rama ejecutiva y los organismos vinculados o adscritos de la rama jurisdiccional del poder público para realizar cualquier petición, gestión, tramite, actuación, diligencia, procesos o demandadas ya sea como demandante o como demandado o como coadyuvante de cualquiera de las partes; para iniciar o seguir hasta su terminación, los proceso, actos, diligencia y actuaciones respectivas con facultades de disponer del derecho en litigio, firmar y radicar solicitudes, recibir notificaciones, e interponer recursos por vía gubernativa, judicial o extrajudicial. C) Conferir, revocar, sustituir y renunciar apoderamientos especiales para cuanto se expresa en el presente documento, según especificidad que quedara consignada en el poder de sustitución. D) En relación con alguna facultad comprendida el apoderado general actúa como gerente oficioso procesal según el artículo 47 del Código de Procedimiento Civil. E) La parte poderdante: Deja constancia que las anteriores enunciaciones de gestiones y facultades otorgadas en forma expresa y especial lo es en forma enunciativa y no taxativa, es decir, el apoderado está facultado para realizar cualquier tipo de gestión relacionada o conexa con la representación judicial del mandante y aquellas actuaciones que sean necesarias para el cumplimiento de las gestiones expresamente enunciadas, de tal forma que nunca se podrá invoca, falta, insuficiencia o poder incompleto.

## REFORMAS DE ESTATUTOS

| ESCRITURAS NO. | FECHA | NOTARIA | INSCRIPCION |
|---|---|---|---|
| 2146 | 6-VIII-1954 | 6A BTA. | 14-VIII-1954-24005 |
| 7 | 4-I-1.956 | 6A BTA | 12-I-1.956-25118 |
| 1400 | 14-V-1.958 | 6A BTA | 23-IX-1.959-28095 |
| 3658 | 21-IX-1.962 | 9A BTA | 16-X-1.962-31124 |
| 0771 | 27-III-1.971 | 14 BTA | 19-V-1.971-43932 |
| 4097 | 15-XI-1.971 | 14 BTA | 19-XI-1.971-45227 |
| 3524 | 9-X-1.973 | 8 BTA | 27-III-1.974-16615 |
| 3017 | 30-VIII-1.974 | 8 BTA | 18-IX-1.974-21039 |
| 731 | 2-VI-1.976 | 18 BTA | 18-VI-1.976-36608 |
| 0589 | 14-VI-1.978 | 16 BTA | 16-VIII-1.978-60681 |
| 248 | 6-XI-1.980 | 26 BTA | 3-XII-1.980-93523 |
| 3043 | 21-VI-1.983 | 6 BTA | 8-VIII-1.983-137040 |

Cámara de Comercio de Bogotá



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3769 | 28-VII-1.983 | 6 BTA | 8-VIII-1.983-137041 |
| 1483 | 5-VIII-1.983 | 20 BTA | 31-VII-1.985-174240 |
| 1448 | 24- II -1.986 | 5A BTA | 26- II-1.986-186076 |
| 418 | 2- IV -1.987 | 33 BTA | 26- V -1.987-211953 |
| 4586 | 3- XII-1.987 | 14 BTA. | 8- I -1.988-226202 |
| 860 | 27-VI -1.986 | 33 BTA. | 23-II -1.988-229395 |
| 4826 | 13- X -1.988 | 18 BTA. | 21-X -1.988-248517 |
| 8908 | 21-XII-1.989 | 15 BTA. | 19-II- 1.990 287384 |
| 190 | 7 - II-1.991 | 24 BTA. | 19-III-1.991- 320572 |
| 737 | 20 - II-1.992 | 14 STAFE BTA | 28- II-1.992- 357703 |
| 4360 | 5-X -1.993 | 42 STAFE BTA | 20- X -1.993- 424570 |
| 5597 | 10-X -1.994 | 18 STAFE BTA | 17-XI -1.994- 470391 |
| 2884 | 18-VIII-1.995 | 45 STAFE BTA | 26-IX -1.995- 510087 |
| 3236 | 29-XII--1995 | 50 STAFE BTA | 22-I--1996- 523954 |

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

| DOCUMENTO | INSCRIPCIÓN |
|---|---|
| E. P. No. 0000341 del 16 de febrero de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C. | 00633526 del 13 de mayo de 1998 del Libro IX |
| E. P. No. 0000512 del 5 de marzo de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C. | 00633527 del 13 de mayo de 1998 del Libro IX |
| E. P. No. 0002095 del 20 de agosto de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C. | 00679637 del 11 de mayo de 1999 del Libro IX |
| E. P. No. 0000144 del 1 de febrero de 1999 de la Notaría 10 de Bogotá D.C. | 00668475 del 15 de febrero de 1999 del Libro IX |
| E. P. No. 0000373 del 2 de marzo de 1999 de la Notaría 10 de Bogotá D.C. | 00681712 del 26 de mayo de 1999 del Libro IX |
| E. P. No. 0001500 del 29 de junio de 1999 de la Notaría 57 de Bogotá D.C. | 00686698 del 2 de julio de 1999 del Libro IX |
| E. P. No. 0000258 del 1 de febrero de 2000 de la Notaría 37 de Bogotá D.C. | 00715356 del 9 de febrero de 2000 del Libro IX |
| E. P. No. 0000537 del 5 de abril de 2000 de la Notaría 15 de Bogotá | 00726794 del 3 de mayo de 2000 del Libro IX |

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

| | |
|---|---|
| D.C. | |
| E. P. No. 0001635 del 10 de mayo de 2000 de la Notaría 37 de Bogotá D.C. | 00730391 del 26 de mayo de 2000 del Libro IX |
| E. P. No. 0001545 del 7 de septiembre de 2001 de la Notaría 26 de Bogotá D.C. | 00794436 del 18 de septiembre de 2001 del Libro IX |
| E. P. No. 0001545 del 7 de septiembre de 2001 de la Notaría 26 de Bogotá D.C. | 00801664 del 9 de noviembre de 2001 del Libro IX |
| E. P. No. 0003446 del 17 de diciembre de 2001 de la Notaría 15 de Bogotá D.C. | 00809800 del 10 de enero de 2002 del Libro IX |
| E. P. No. 0000431 del 5 de marzo de 2004 de la Notaría 22 de Bogotá D.C. | 00924511 del 11 de marzo de 2004 del Libro IX |
| E. P. No. 0002157 del 11 de octubre de 2004 de la Notaría 22 de Bogotá D.C. | 00961839 del 11 de noviembre de 2004 del Libro IX |
| E. P. No. 0004832 del 17 de diciembre de 2004 de la Notaría 12 de Bogotá D.C. | 00121211 del 14 de febrero de 2005 del Libro VI |
| E. P. No. 0004832 del 17 de diciembre de 2004 de la Notaría 12 de Bogotá D.C. | 00971883 del 13 de enero de 2005 del Libro IX |
| E. P. No. 0000505 del 21 de marzo de 2007 de la Notaría 46 de Bogotá D.C. | 01196807 del 7 de marzo de 2008 del Libro IX |
| E. P. No. 0000807 del 5 de junio de 2008 de la Notaría 22 de Bogotá D.C. | 01220696 del 12 de junio de 2008 del Libro IX |
| E. P. No. 0006766 del 31 de diciembre de 2008 de la Notaría 13 de Bogotá D.C. | 01267066 del 31 de diciembre de 2008 del Libro IX |
| E. P. No. 1130 del 13 de abril de 2009 de la Notaría 12 de Bogotá D.C. | 01292369 del 24 de abril de 2009 del Libro IX |
| E. P. No. 0650 del 30 de abril de 2009 de la Notaría 22 de Bogotá D.C. | 01294013 del 4 de mayo de 2009 del Libro IX |
| E. P. No. 590 del 20 de abril de 2010 de la Notaría 22 de Bogotá | 01378878 del 27 de abril de 2010 del Libro IX |

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

| | |
|---|---|
| D.C. | |
| E. P. No. 1178 del 8 de agosto de 2011 de la Notaría 22 de Bogotá D.C. | 01528276 del 17 de noviembre de 2011 del Libro IX |
| E. P. No. 868 del 31 de mayo de 2012 de la Notaría 22 de Bogotá D.C. | 01651365 del 18 de julio de 2012 del Libro IX |
| E. P. No. 2977 del 29 de mayo de 2015 de la Notaría 68 de Bogotá D.C. | 01945377 del 3 de junio de 2015 del Libro IX |
| E. P. No. 03235 del 18 de noviembre de 2015 de la Notaría 67 de Bogotá D.C. | 02038876 del 25 de noviembre de 2015 del Libro IX |
| E. P. No. 1631 del 4 de agosto de 2016 de la Notaría 4 de Bogotá D.C. | 02133797 del 23 de agosto de 2016 del Libro IX |
| E. P. No. 2069 del 3 de octubre de 2017 de la Notaría 14 de Bogotá D.C. | 02269025 del 20 de octubre de 2017 del Libro IX |
| E. P. No. 0973 del 12 de abril de 2018 de la Notaría 6 de Bogotá D.C. | 02334907 del 26 de abril de 2018 del Libro IX |
| E. P. No. 1119 del 30 de abril de 2018 de la Notaría 5 de Bogotá D.C. | 02338604 del 10 de mayo de 2018 del Libro IX |
| E. P. No. 1255 del 20 de mayo de 2019 de la Notaría 2 de Bogotá D.C. | 02470985 del 29 de mayo de 2019 del Libro IX |
| E. P. No. 2037 del 10 de julio de 2020 de la Notaría 72 de Bogotá D.C. | 02588648 del 21 de julio de 2020 del Libro IX |
| E. P. No. 2611 del 21 de mayo de 2021 de la Notaría 72 de Bogotá D.C. | 02711598 del 2 de junio de 2021 del Libro IX |

## SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

** Aclaración Situación de Control **

Por Documento Privado No. 0000000 de Representante Legal de Bogotá D.C. Del 11 de agosto de 2006, inscrito el 16 de agosto de 2006 bajo el número 01073009 del libro IX, se comunicó que se ha configurado

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

una situación de control por parte de la sociedad matriz: LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS, respecto de las siguientes sociedades subordinadas: - FIDUCIARIA LA PREVISORA S A la cual podrá usar la sigla FIDUPREVISORA S A domicilio: Bogotá D.C.

## RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

## CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511
Actividad secundaria Código CIIU: 6512

## ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: SUCURSAL BOGOTA LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS
Matrícula No.: 00285228
Fecha de matrícula: 25 de febrero de 1987

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

| | |
|---|---|
| Último año renovado: | 2021 |
| Categoría: | Sucursal |
| Dirección: | Cl 57 No 9-07 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |
| Nombre: | SUCURSAL ESTATAL DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS |
| Matrícula No.: | 00388030 |
| Fecha de matrícula: | 12 de octubre de 1989 |
| Último año renovado: | 2021 |
| Categoría: | Sucursal |
| Dirección: | Cl 57 N. -07 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |
| Nombre: | SUCURSAL CENTRO EMPRESARIAL CORPORATIVO DE LA PREVISORA SA COMPAÑIA DE SEGUROS |
| Matrícula No.: | 00839839 |
| Fecha de matrícula: | 30 de diciembre de 1997 |
| Último año renovado: | 2021 |
| Categoría: | Sucursal |
| Dirección: | Cl 93 No. 15 - 40 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |
| Nombre: | SUCURSAL CENTRO DE SERVICIOS MASIVOS DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS |
| Matrícula No.: | 00877735 |
| Fecha de matrícula: | 26 de junio de 1998 |
| Último año renovado: | 2021 |
| Categoría: | Sucursal |
| Dirección: | Cl 57 No. 9 - 07 |
| Municipio: | Bogotá D.C. |

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

Cámara de Comercio de Bogotá



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

## TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 2.249.848.867.763
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 5 de febrero de 2021.
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 2 de junio de 2021.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

**********

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Virtual

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 3 de junio de 2021 Hora: 09:21:25**
Recibo No. AA21896274
Valor: $ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21896274583F7**

**Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.**

---

**********

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

**********

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

2557

# REPUBLICA DE COLOMBIA

## RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

### CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
### TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
MELISA ALEXANDRA

APELLIDOS:
CABRERA ORTIZ

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
MAX ALEJANDRO FLOREZ RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD
COOP. DE COL. NEIVA

FECHA DE GRADO
30/11/2018

CONSEJO SECCIONAL
HUILA

CEDULA
1081410174

FECHA DE EXPEDICION
19/[illegible]/2019

TARJETA N°
327613

REPUBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
YURLEY NATALIA

APELLIDOS:
TRUJILLO CASTAÑEDA

Yurley Natalia Trujillo C.

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
MAX ALEJANDRO FLÓREZ RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD
COOP DE COL NEIVA

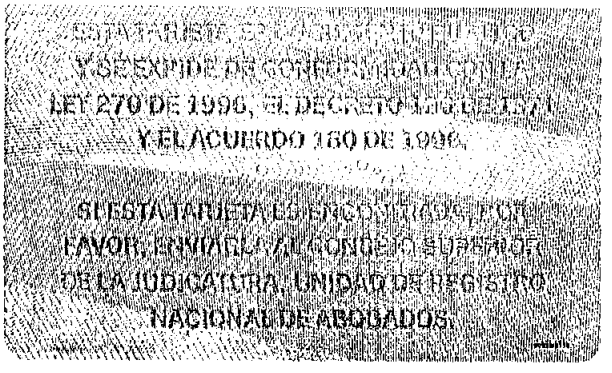
FECHA DE GRADO
16/08/2019

CONSEJO SECCIONAL
HUILA

CEDULA
1075286045

FECHA DE EXPEDICIÓN
11/09/2019

TARJETA N°
333409



Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO [illegible]
Y EL ACUERDO 160 DE 1996.

ESTA TARJETA ES PERSONAL Y POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.

PREVISORA
No prometemos, aseguramos

GRUPO MOK
Más valor para tus clientes

# PROTOCOLO DE RECEPCIÓN RECLAMACIONES SOAT Y AP CONTINGENCIA COVID-19

Considerando la situación por la cual actualmente atraviesa el país relacionada con la pandemia por el COVID-19 y con el fin de mantener la operación de indemnizaciones de los ramos de SOAT y AP, se estableció el siguiente procedimiento para la recepción las reclamaciones de personas jurídicas de SOAT y Accidentes Personales e igualmente la notificación de objeciones totales o parciales.

Este procedimiento se aplicará de manera **EXCEPCIONAL** mientras dure la cuarentena impuesta por el Gobierno Nacional para contrarrestar el contagio del COVID-19 y no se puedan realizar desplazamientos en todo el país.

## I. PROCESO DE RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES SOAT Y ACCIDENTES PERSONALES PERSONAS JURIDICAS/PROFESIONALES DE LA SALUD

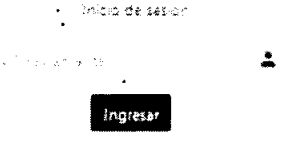
A continuación, se detalla el alcance de la herramienta tecnológica dispuesta para atender la contingencia:

1. Las entidades deberán ingresar a la siguiente URL:

   - https://pre.claimonline.com.co

2. Una vez la entidad ingrese a la dirección antes mencionada, el logeo se realiza en el sistema desplegando página de inicio, donde el usuario ingresa el nit del reclamante, que de acuerdo con las políticas de cada aseguradora serían:

   - Previsora se manejan 10 dígitos para los NIT de cada IPS

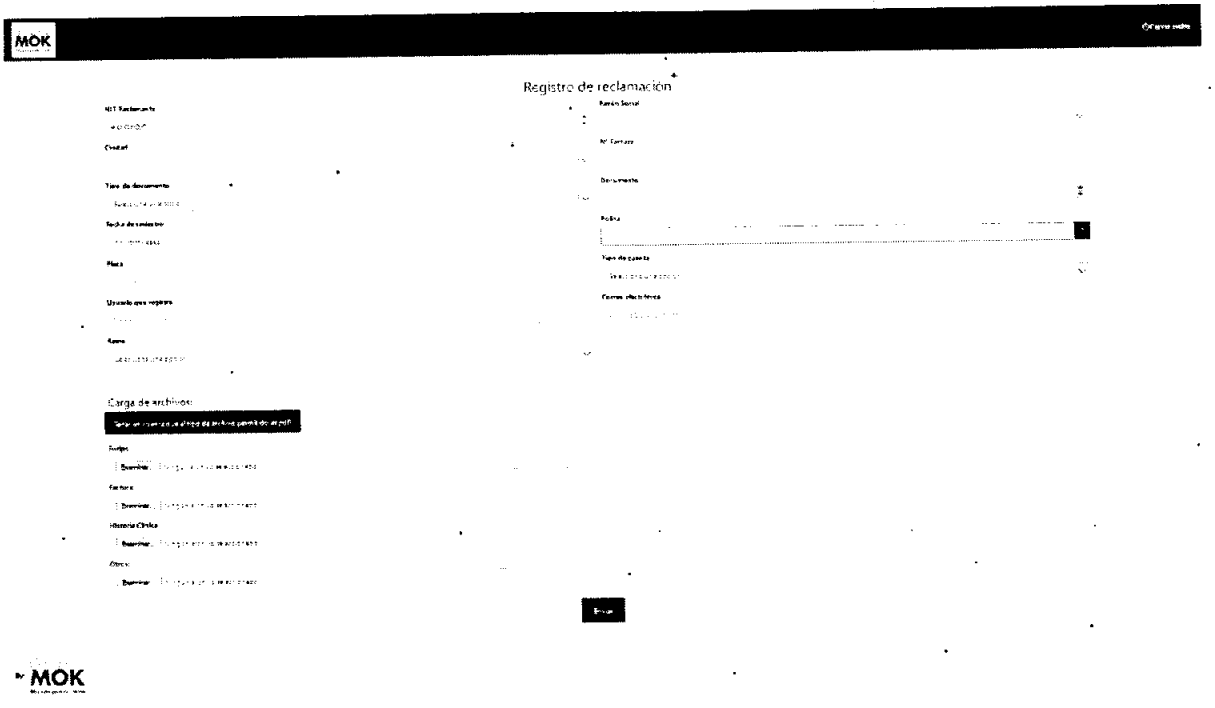


PREVISORA
No prometemos. Aseguramos

GRUPO MOK
Más valor para tus clientes

# PROTOCOLO DE RECEPCIÓN RECLAMACIONES SOAT Y AP CONTINGENCIA COVID-19

3. Una vez los usuarios ingresen el NIT de su IPS el sistema despliega el siguiente formulario:




4. La carga de imágenes será obligatoria para los siguientes documentos, adicionalmente el formato de las imágenes debe ser PDF, el sistema compactará en una sola imagen:

- Furips
- Factura
- Historia Clínica

5. Una vez el usuario da clic en el botón de "*Enviar*" el sistema generará un sticker consecutivo de reclamación, para su correspondiente trámite.

- Por otra parte, se realizará el registro en la base de datos para la creación del radicado de correspondencia en Onbase. El usuario del proveedor de auditoría de cuentas deberá ingresar a su aplicativo para invocar el servicio web.

PREVISORA
No prometemos, aseguramos

GRUPO MOK
Más valor para tus clientes

# PROTOCOLO DE RECEPCIÓN RECLAMACIONES SOAT Y AP CONTINGENCIA COVID-19

6. En la imagen de la factura el sistema dejará un registro de recibido en forma de sello en marca de agua, ejemplo:

**Recibido!**

**17 de Marzo del 2020**
**20000002**

## II. PROCESO DE NOTIFICACIÓN OBJECIONES TOTALES O PARCIALES RECLAMACIONES SOAT Y ACCIDENTES PERSONALES

Mientras dure la cuarentena nacional, para el proceso de notificación de objeciones totales o parciales, se contempla la posibilidad de realizar notificaciones diariamente a cada una de las IPS reclamantes por parte de la firma de auditoría vía correo electrónico convencional (NO CERTIMAIL).

Esto se haría a través de un correo electrónico del proveedor de auditoría de cuentas, en el que se agruparían los PDFs de las cartas de objeción, liquidación de objeciones parciales y ratificaciones, unificándolos en un solo archivo por tipo de definición del siniestro.

Estos correos serán copiados a la Subgerencia de Indemnizaciones de Soat, Vida y AP y al correo carterasoat@previsora.com.co.

## II. OTRAS ASPECTOS

**En caso de presentarse alguna situación con el acceso a la URL indicada al comienzo de este protocolo, se podrá notificar al siguiente correo electrónico soporte.aseguradoras@claimonline.com.co**

GISVA – 530
Bogotá, D.C.

Señores
**CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPÉDIA LTDA**
NIT. 8001101819
Dpto. de Facturación
Email.contabilidadfracturas@hotmail.com
CL 18 # 6 - 65, BR QUIRINAL
Tel. (078)8756349 - 8753436
NEIVA-HUILA

2019-CE-0259036-0281-01
13/11/2019 14:25:21

Asunto: **Nueva dirección para radicación de reclamaciones SOAT y AP**

Apreciados Señores:

Con la presente nos permitimos informarles que a partir del 01 de enero de 2020 las reclamaciones, respuestas de glosas y demás documentos de SOAT y ACCIDENTES PERSONALES deben radicarse en las oficinas de nuestro nuevo proveedor de gestión documental **GRUPO MOK**, quienes se encuentran ubicados en la CL 94 A N. 13 – 42 en la ciudad de Bogotá, en el horario de lunes a viernes de 8.30 am a 5.30 pm.

Estamos seguros que este cambio redundará a favor de ambas entidades.

Cordialmente,

**SANDRA PATRICIA PEDROZA VELASCO**
**Gerente de Indemnizaciones Soat, Vida y AP**

Anexo
Copia: 531
Elaboró: Maoel Esteve Moreno Alonso
Revisó: Maoel Esteve Moreno Alonso

Señor
**JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA (REPARTO)**
**E. S. D.**

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No.116.256 del C. S. de la J., obrando en mi condición de apoderada de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, muy respetuosamente me permito formular ante su despacho DEMANDA EJECUTIVA, se sirva el señor Juez mediante providencia dictar mandamiento de pago contra **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS.**

**NOMBRE DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES**

- Concurre como demandante la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, con NIT. 800.110.181-9, representada legalmente por la Dra. **MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS**, identificada con la cédula de ciudadanía No.55.151.445 expedida en Neiva - Huila.

- Intervendrá como demandada la empresa **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**, con **NIT 860002400 – 2** representada legalmente por **CONSUELO GONZALEZ BARRETO**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.252.961 o quien haga sus veces en el momento de la notificación de la demanda.

**DOMICILIO DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES**

- La demandante sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA.**, tiene su domicilio en la Calle 18 No. 6 - 65 de la ciudad de Neiva.

- La demandada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**, tiene su Domicilio en Bogotá, en la calle 57 No. 9 – 07.

**NOMBRE, DOMICILIO Y DIRECCION DE LA APODERADA JUDICIAL DE LA DEMANDANTE**

- Actúa como apoderada judicial de la demandante la suscrita abogada **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 116.256 del C. S. de la J., domiciliada en la carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva (H).

**PROCESO A SEGUIR**

A la presente demanda debe dársele el trámite del proceso ejecutivo de mínima cuantía en acumulación de pretensiones, de que trata el Titulo Único Proceso Ejecutivo del C.G.P.

**PRETENSIONES**

**PRIMERA:** Se libre mandamiento de pago a favor de la sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, con domicilio principal en Neiva, representada legalmente por la Dra. **MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS**, con NIT. 800.110.181-9 y en contra de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**, con **NIT 860002400 – 2**, presentada por su Representante Legal **CONSUELO GONZALEZ BARRETO**, o quien haga sus veces, por las siguientes sumas líquidas de dinero, correspondientes a los servicios médicos hospitalarios solicitados y prestados a personas amparadas por el SOAT expedido por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS** y también en

cumplimento de las obligaciones legales impuestas por los artículos 168 de la ley 100 de 1993 y 67 de la ley 715 de 2001, además de lo normado en el Decreto 056 de 2015:

1. $ 14.190.895.00 Saldo insoluto de la **factura No. 28**, presentada para su pago el **15 enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de febrero de 2020) y hasta que se verifique su pago.

2. $ 45.100.00 Saldo insoluto de la **factura No. 99**, presentada para su pago el **15 enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de febrero de 2020) y hasta que se verifique su pago.

3. $ 45.100.00 Saldo insoluto de la **factura No. 101**, presentada para su pago el **15 enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de febrero de 2020) y hasta que se verifique su pago.

4. $ 9.301.968.00 Saldo insoluto de la **factura No. 402**, presentada para su pago el **30 enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (1 de marzo de 2020) y hasta que se verifique su pago.

5. $ 12.119.00 Saldo insoluto de la **factura No. 1410**, presentada para su pago el **17 marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (18 de abril de 2020) y hasta que se verifique su pago.

6. $ 122.500.00 Saldo insoluto de la **factura No. 1402**, presentada para su pago el **17 marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (18 de abril de 2020) y hasta que se verifique su pago.

7. $ 2.790.800.00 Saldo insoluto de la **factura No. 1401**, presentada para su pago el **17 marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (18 de abril de 2020) y hasta que se verifique su pago.

8. $ 1.836.900.00 Saldo insoluto de la **factura No. 1400**, presentada para su pago el **17 marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (18 de abril de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**SEGUNDA:** Que se condene en costas a la demandada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS.**

## HECHOS

1. **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, en cumplimiento de la obligación impuesta por el **artículo 168 de la ley 100 de 1993**, el **artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015**, brindó atención médica-hospitalaria de acuerdo a su nivel de complejidad, en la ciudad de Neiva, a las personas lesionadas y que se encuentran amparadas por el SOAT expedido por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA. DE SEGUROS,** los cuales de conformidad con lo

estipulado en las normas citadas no se necesita ni contrato ni orden previa para su prestación.

2. La sociedad **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, en cumplimiento de un mandato legal tal como se indica en el hecho 1 de las obligaciones impuestas por los artículos 168 de la Ley 100 de 1993, 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015, presento para su pago ante **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA. DE SEGUROS**, las siguientes facturas (TITULO VALOR), acatando el artículo 26 del Decreto 056 del 2015:

| ITENS | N# FACTURA | FECHA DE FACTURA | VALOR | FECHA RADICADO FACTURA | VR. GLOSA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 28 | 3/01/2020 | $ 14.190.895 | 15/01/2020 | $ 14.190.895 |
| 2 | 99 | 8/01/2020 | $ 45.100 | 15/01/2020 | $ 45.100 |
| 3 | 101 | 9/01/2020 | $ 45.100 | 15/01/2020 | $ 45.100 |
| 4 | 402 | 22/01/2020 | $ 9.301.968 | 30/01/2020 | $ 9.301.968 |
| 5 | 1410 | 2/03/2020 | $ 214.039 | 17/03/2020 | $ 12.119 |
| 6 | 1402 | 2/03/2020 | $ 881.100 | 17/03/2020 | $ 122.500 |
| 7 | 1401 | 2/03/2020 | $ 12.867.963 | 17/03/2020 | $ 2.790.800 |
| 8 | 1400 | 29/02/2020 | $ 2.085.900 | 17/03/2020 | $ 1.836.900 |
| | | | | | $ 28.345.382 |

3. Las facturas objeto de recaudo dentro del proceso de referencia, en su cuerpo tienen el sello de recibido de la empresa "GRUPO MOK" y no de la PREVISORA S.A., quien es la parte demanda, sin embargo, debe aclararse que mediante circular externa del 13 de noviembre del 2019, enviada por la PREVISORA S.A. a la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., se indicó que se había iniciado un proceso de Gestión documental y que con el fin de optimizar los tiempos de respuestas, en adelante las facturas deberán surtir el siguiente tramite:

"...a partir de 01 de enero de 2020 las reclamaciones, respuestas de glosas y demás documentos de SOAT y ACCIDENTES PERSONALES deben radicarse en las oficinas de nuestro nuevo proveedor de gestión documental **GRUPO MOK**, quienes se encuentran ubicados en la CL 94 A N. 13-42 en la ciudad de Bogotá..."

Dicha circular informativa fue emitida por SANDRA PATRICIA PEDROZA VELASCO, Subgerente Nacional de Indemnizaciones SOAT, VIDA Y AP de LA PREVISORA S.A.

4. El lugar de cumplimiento de las obligaciones reclamadas no se estipuló en cada factura, por lo que entonces, es la ciudad de Neiva lugar del domicilio del creador del título, por lo tanto, el competente para conocer de esta demanda es el juez de pequeñas causas y competencias múltiples de Neiva, atendiendo el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso.

Para un mayor entendimiento respecto a la competencia concurrente, me permito mencionar la sentencia **AC3780 Radicación No.11001-02-03-000-2017-00851-00 de fecha 14 de junio de 2017**, que expresa:

"5. Ante esa disparidad, corresponde a los administradores de justifica estarse a la elección realizada por el interesado, quien en este caso optó finalmente por el foro contractual, al punto que al tiempo de formular recurso de reposición –con abstracción de su improcedencia- reiteró la selección de ese criterio, que es aplicable en este asunto de conformidad con lo previsto en el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso, y que resulta también, en principio, una opción de recibo, atendiendo que el domicilio de la ejecutante es Manizales, y que el inciso final

del artículo 621 del Código de Comercio prevé, ciertamente, que *"Si no se menciona el lugar de cumplimiento o ejercicio del derecho –como acá ocurre, lo será el del domicilio del creador del título..."."*

También, la corte se pronunció respecto al tema, en la **sentencia AC6641-2017 radicación No.11001-02-03-000-2017-02667-00 de fecha 9 de octubre de 2017, así:**

"3. El numeral 1° del artículo 28 ejusdem consagra la regla general que "[e]n los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el juez del domicilio del demandado", disposición que para el caso de "...los procesos originados en un negocio jurídico o que involucren títulos ejecutivos" complementa el numeral 3° ibídem, cuando dispone que "es también competente el juez del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones...".

De lo que se desprende que en los asuntos a que alude la última disposición, existe una competencia concurrente, frente a la cual el actor puede realizar la respectiva selección, que ha de ser respetada por el juzgador a quien se presenta el libelo.

Al respecto, la Sala ha señalado que:

*"Significa, que el actor de un contencioso con soporte en un negocio jurídico con alcance bilateral o en un título ejecutivo tiene la opción de accionar, ad libitum, en uno u otro lugar, o sea, en el domicilio de la contraparte o donde el pacto objeto de discusión o título de ejecución debía cumplirse; pero, insístese, ello queda, en principio, a la determinación expresa de su promotor"* (CSJ AC4412, 13 jul. 2016, exp. 01858-00).

Lo cual significa que, si en la práctica el sitio de satisfacción de las prestaciones no coincide con el domicilio de los convocados, el actor puede escoger entre los dos funcionarios ante los que la ley le permite acudir, el que quiere que tramite y decida su asunto.

Voluntad que si es ejercida en consonancia con tales alternativas no puede ser alterada por el elegido, sin perjuicio del debate que en la forma y oportunidad debidas plantee el convocado; pero que si no guarda armonía obliga encausar el asunto dentro de las posibilidades que brinda el ordenamiento, en todo caso respetando en la medida de lo posible el querer del gestor."
(...)

"5. Ante esa manifestación de voluntad, corresponde a los administradores de justicia estarse a la elección realizada por el interesado, aunado a que tratándose de la ejecución con títulos valores, " *[S]i no se menciona el lugar de cumplimiento o ejercicio del derecho, lo será el del domicilio del creador del título*" siendo que su creador demandante Hospital Regional Empresa Social del Estado tiene su domicilio en Líbano (fl.86), aplicable en este asunto de conformidad con lo previsto en el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso."
(...)

5. A pesar de estar vencidos los términos legales, **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**, no realizó los pagos dentro de los termino indicados, no obstante, fuera de manera extemporánea realizo pagos, los cuales fueron aplicados a cada factura, tal y como quedó estipulado en el cuadro anterior.

6. El artículo 1080 del Código de Comercio, faculta a mi poderdante para solicitar el cobro de la mora a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**

sobre los valores adeudados de cada factura, un mes después de la fecha de radicada cada factura.

7. Las facturas con sus respectivos soportes integran un título valor, que contienen obligaciones claras, expresas y actualmente exigibles, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 422, 430 del Código General del Proceso, artículo 621,774 del Código del Comercio; artículo 617 del Estatuto Tributario, presta mérito ejecutivo.

8. Se me ha conferido poder para incoar esta acción.

**FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Invoco como fundamentos de derecho los artículos 88 y ss., 422 y ss., Y 463 del Código General del Proceso, articulo 882 del C. Co, Ley 100 de 1993, Decreto 2423 de 1996, Decreto 056 de 2015 y demás normas concordantes.

En cuanto a la prestación de servicios de urgencias y su forma de pago el artículo 168 de la ley 100 de 1993, establece:

> "**Artículo 168 de la ley 100 de 1993,** ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independiente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.
> PARAGRAFO: los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud".

Así mismo el Decreto 056 de 2015, establece:

> **Artículo 1°. *Objeto*** El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.
>
> **Artículo 2°. *Ámbito de aplicación*** El presente decreto aplica al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este acto administrativo.
>
> **Artículo 8°. *Legitimación para reclamar.*** Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.
>
> **Artículo 10. *Tarifas.*** A los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de

Administración del Fosyga, se aplicarán las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

**Artículo 11.** ***Término para presentar las reclamaciones.*** Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

**Artículo 26.** ***Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.*** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.
(...)

## COMPETENCIA Y CUANTÍA

Con forme lo ordenado por la Jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia de fecha 23 de marzo de 2017 y Sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, de fecha 11 de mayo de 2017, expresan: "cuando se trate del cobro de una obligación relacionada con la prestación de unos servicios de salud, garantizados mediante facturas de venta de contenido particularmente comercial, debe conocer del asunto la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Civil."

Así mismo, en materia de procesos originados en un negocio jurídico **o que involucren títulos ejecutivos**, como en el caso que nos ocupa, el Código General del Proceso introdujo un factor concurrente de competencia, a elección del acreedor (CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA), derivado del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones (la prestación de servicios de salud se realiza en la ciudad de Neiva, como también el pago por la prestación del servicio se hace a las cuentas bancarias que posee la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA en la ciudad de Neiva), al determinar en la regla tercera del artículo 28 que *"En los procesos originados en un negocio jurídico o que involucren títulos ejecutivos es también competente el juez del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones"*. **Por todo lo anterior se considera que corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis, además por ser un proceso ejecutivo de Mínima cuantía.**

**Sentencia AC5331-2016**, Radicación n° 11001-02-03-000-2016-02255-00, **Bogotá, D.C., diecinueve (19) de agosto de dos mil dieciséis (2016).**

Sentencia AC3780 Radicación No.11001-02-03-000-2017-00851-00 de fecha 14 de junio de 2017. Competencia concurrente.

También corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis, por ser un proceso **ejecutivo de mínima cuantía.**

**PRUEBAS Y ANEXOS**

**Pruebas Documentales:**

- Facturas y cuentas de cobro enunciados en el hecho 2 del escrito de la demanda:

| ITENS | N# FACTURA | FECHA DE FACTURA | FECHA RADICADO FACTURA | DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 28 | 3/01/2020 | 15/01/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |
| 2 | 99 | 8/01/2020 | 15/01/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |
| 3 | 101 | 9/01/2020 | 15/01/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |
| 4 | 402 | 22/01/2020 | 30/01/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |
| 5 | 1410 | 2/03/2020 | 17/03/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |
| 6 | 1402 | 2/03/2020 | 17/03/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |
| 7 | 1401 | 2/03/2020 | 17/03/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |
| 8 | 1400 | 29/02/2020 | 17/03/2020 | Factura con detalle de cargos, autorizaciones para la prestación de servicios, declaración de siniestro con firma o huella digital del paciente o responsable, epicrisis. |

**Anexos:**

- Poder que me legitima para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de la demandada y la demandante.

**NOTIFICACIONES**

- **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**, recibirá notificaciones en la calle 57 No. 9 -07 de la ciudad de Bogotá. Teléfono: Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co para notificaciones judiciales obtenido del certificado de existencia y representación legal de LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.

- **Mi mandante** recibirá notificaciones en la Calle 18 No. 6-65 de la ciudad de Neiva. Teléfono 8756349, Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: contabilidad@fracturasyortopedia.com

conforme certificado de existencia y representación legal de la clínica, el cual se anexa con la demanda.

- **La suscrita** recibirá notificaciones en su despacho y/o en la Carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva. Manifiesto bajo gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: mireyasanchezt@hotmail.com. Conforme a información verificable en el registro nacional de abogados. Celular: 3002242742 - 8718525.

**AUTORIZACION ESPECIAL PARA REVISAR EL PROCESO Y RECOGER Y APORTAR DOCUMENTOS Y OFICIOS**

Autorizo expresamente a la señora **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.075.285.045** de Neiva, y a la señora **MELISA ALEXANDRA CABRERA ORTIZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.081.410.174 de La Plata Huila, como dependiente judiciales para que examine el expediente, se le suministre los datos que solicite dentro del presente proceso, para recibir los documentos que me deban ser entregados y para entregar los que sean necesarios en el desarrollo del presente proceso, de la misma manera queda expresamente autorizado para retirar oficios, despachos comisorios avisos, retiro de demanda, retiro de desglose y retiro de las copias simples o auténticas de todos los documentos que se requieran.

Del señor Juez

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**
**C.C. No 36.173.846 de Neiva**
**Tarjeta Profesional No.116.256 del C. S. de la J.**

Señor
**JUEZ QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA – HUILA**
E.S.D.

**Referencia:** Proceso ejecutivo propuesto por **LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.** contra **LA PREVISORA S.A.**

Radicación: **ACTA DE REPARTO CON SECUENCIA 2370**.

**Asunto:** Complementación de Demanda.

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO** mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Neiva (H), identificada con cédula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H) y portadora de la tarjeta profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en representación **LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.;** de manera atenta por medio del presente escrito y estando dentro del término de ley, me permito **complementar** la demanda de la referencia, allegando la constancia de envió de la demanda a **LA PREVISORA S.A.,** así como el poder conferido a mí, puesto que por un error involuntario no se anexo al radicar la demanda el día 16 de junio del 2021.

Agradezco la atención que le sirva dar a la presente.

Cordialmente,

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**
CC. No.36.173.846 de Neiva
T.P. No.116.256 del C.S. de la J.

*Notificaciones: Carrera 4 No. 10-53, Centro de la ciudad de Neiva – Huila.*
*Cel.: 3002242742. Tel.: 8667614. E-mail: mireyasanchezt@hotmail.com*

Señor
**JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA (REPARTO)**
E.S.D.

**Referencia:** Proceso ejecutivo singular de mínima cuantía propuesto por la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.,** representada legalmente por **MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS** contra **LA PREVISORA S.A CIA DE SEGUROS,** representada legalmente por **CONSUELO GONZALEZ BARRETO** o por quien haga sus veces al momento de la notificación.

**Asunto: Poder.**

**MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS,** mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cédula de ciudadanía No. 55.151.445 expedida en Neiva (H), actuando en mi calidad de Representante Legal de la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, identificada con el Nit. 800.110.181 – 9 y con domicilio principal en la ciudad de Neiva (H), con toda atención me permito manifestarle que por medio del presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente a la abogada **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.173.846 expedida en Neiva (H), abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 116.256 del Consejo Superior de la Judicatura; para que en mi nombre y representación, inicie, tramite y lleve hasta su terminación **PROCESO EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA CUANTÍA** contra **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.**, identificada con el **NIT 860.002.400-2**, con domicilio en la ciudad de Bogotá, tal y como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal de la misma, representada legalmente por **CONSUELO GONZALEZ BARRETO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cedula de ciudadanía No. 52.252.961 o por quien haga sus veces al momento de la notificación, para que se sirva el señor Juez mediante providencia dictar mandamiento de pago contra el aquí demandado, por las sumas líquidas de dinero inmersas en las Facturas **No. 28, 99, 101, 402, 1410, 1402, 1401, 1400**, Correspondientes a los servicios médicos hospitalarios solicitados y prestados a sus afiliados y también en cumplimento de las obligaciones legales impuestas por los artículos 168 de la ley 100 de 1993 y 67 de la ley 715 de 2001, además de lo normado en el Decreto 056 de 2015.

Mi apoderada goza de todas las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso, en especial las de conciliar, desistir, sustituir, reasumir, interponer recurso y en general las necesarias para obtener el fiel y cabal cumplimiento del poder conferido.

De usted señor Juez,

MARTHA LUCÍA POLANIA CUBILLOS
C.C. No. 55.151.445 expedida en Neiva (H).
Correo electrónico: contabilidad@fracturasyortopedia.com
(verificable en Certificado de Existencia y representación legal)

Acepto,

MIREYA SANCHEZ TOSCANO
C.C. No. 36.173.846 expedida en Neiva (H).
T.P. No. 116.256 del C.S. de la J.
Correo electrónico: mireyasanchezt@hotmail.com
(verificable en el Registro Nacional de Abogados)

# Entregado: RADICACION DE DEMANDA EJECUTIVA CLINICA DE FRACTURAS VS LA PREVISORA

postmaster@previsora.gov.co <postmaster@previsora.gov.co>

Mié 23/06/2021 12:01 PM

**Para:** notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

1 archivos adjuntos (54 KB)

RADICACION DE DEMANDA EJECUTIVA CLINICA DE FRACTURAS VS LA PREVISORA;

## El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

notificacionesjudiciales@previsora.gov.co (notificacionesjudiciales@previsora.gov.co)

Asunto: RADICACION DE DEMANDA EJECUTIVA CLINICA DE FRACTURAS VS LA PREVISORA

# RADICACION DE DEMANDA EJECUTIVA CLINICA DE FRACTURAS VS LA PREVISORA

Mireya Sanchez Toscano <mireyasanchezt@hotmail.com>

Mié 23/06/2021 12:01 PM

Para: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

BUENAS TARDES, ENVÍO ARCHIVO QUE CONTIENE DEMANDA, ASI:

**NATURALEZA:** EJECUTIVA SINGULAR
**CUANTIA:** MINIMA
**TIPO DE JUZGADO:** JUZGADOS PEQUEÑAS CAUSAS COMPETENCIAS MULTIPLES
**ESPECIALIDAD:** CIVIL

**DEMANDANTE:** CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, NIT 800.110.181-9
**CORREO ELECTRONICO DEMANDANTE:** CONTABILIDAD@FRACTURASYORTOPEDIA.COM
**DIRRECCION DEMANDANTE:** CALLE 18 NO. 6-65 BARRIO QUIRINAL- NEIVA **(COMUNA 3)**
**TELEFONO:** 8753436

**DEMANDADO:** LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS, NIT 860.002.400-2
**DIRECCION:** CALLE 57 #9-07 BOGOTÁ
**CORREO ELECTRÓNICO DEMANDADO:** NOTIFICACIONESJUDICIALES@PREVISORA.GOV.CO

**DATOS APODERADO:**
**NOMBRE:** MIREYA SANCHEZ TOSCANO **C.C:** 36.173.846 **T.P:** 116.256 **CSJ**
**DIRECCION NOTIFICACIÓN:** CARERRA 4 #10-53 CENTRO DE NEIVA
**TELEFONO CELULAR:** 300 224 2742
**CORREO ELECTRONICO:** MIREYASANCHEZT@HOTMAIL.COM

**NUMERO DE FOLIOS:** 400
**EMPIEZA CON LA FRA NO. 28 Y TERMINA CON LA FRA NO. 1400**

EL LINK PARA DESCARGAR EL PODER, LA DEMANDA Y TODOS SUS ANEXOS SE ENCUENTRA EN LA NUBE ONE DRIVE, EN LA SIGUIENTE RUTA:

DEMANDA CLINICA DE FRACTURAS VS LA PREVISORA FACTURAS 28-1400.pdf

Cordialmente,
**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**
**ABOGADA**
**Celular:** 3002242742
**E-Mail:** mireyasanchezt@hotmail.com

Neiva, ocho (08) de julio de dos mil veintiuno (2021)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTIA**
**DEMANDANTE : CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**
**DEMANDADO : PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**
**RADICADO : 41-001-41-89-005-2021-00525-00**

Visto que la anterior demanda **Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía**, reúne las exigencias de los artículos 621 y 774 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 422 del Código General del Proceso, el juzgado teniendo en cuenta que de los documentos acompañados por la parte actora se desprende la existencia de una obligación clara, expresa y actualmente exigible, conforme lo preceptúa el artículo 430 ejusdem. En consecuencia, esta agencia judicial,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: LIBRAR** mandamiento de pago por la vía **Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía** en pretensiones acumuladas a favor de **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.**, **identificada con el Nit. 800.110.181-9** y en contra de **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, **identificada con Nit. No. 860.002.400-2**, quien deberá cancelar las siguientes sumas de dinero respecto de las facturas de venta que se traen como base de recaudo. -

**1.-** Por la suma de **CATORCE MILLONES CIENTO NOVENTA MIL OCHOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($14.190.895 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 28**, presentada para su pago el **15 de enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de febrero de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**2.-** Por la suma de **CUARENTA Y CINCO MIL CIEN PESOS M/CTE ($45.100 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 99**, presentada para su pago el **15 de enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de febrero de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**3.-** Por la suma de **CUARENTA Y CINCO MIL CIEN PESOS M/CTE ($45.100 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 101**, presentada para su pago el **15 de enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de febrero de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**4.-** Por la suma de **NUEVE MILLONES TRESCIENTOS UN MIL NOVESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($9.301.968 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 402**, presentada para su pago el **30 de enero de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (01 de marzo de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**5.-** Por la suma de **DOCE MIL CIENTO DIECINUEVE PESOS M/CTE ($12.119 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 1410**, presentada para su pago el **17 de marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (18 de abril de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**6.-** Por la suma de **CIENTO VEINTIDOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($122.500 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 1402**, presentada para su pago el **17 de marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (18 de abril de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**7.-** Por la suma de **DOS MILLONES SETESCIENTOS NOVENTA MIL OCHOSCIENTOS PESOS M/CTE ($2.790.800 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 1401**, presentada para su pago el **17 de marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (29 de marzo de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**8.-** Por la suma de **UN MILLÓN OCHOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVESCIENTOS PESOS M/CTE ($1.836.900 M/Cte.)** Saldo insoluto de la **factura No. 1400**, presentada para su pago el **17 de marzo de 2020,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (18 de abril de 2020) y hasta que se verifique su pago.

**SEGUNDO:** Sobre la condena en costas el Despacho hará la misma en su oportunidad procesal.

**TERCERO.- ORDENAR** a los demandado (a) (os) **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, el cumplimiento de las obligaciones descritas en el término de cinco (5) días, contados a partir de la notificación personal de este proveído y/o excepcione durante el lapso de diez (10) días, plazos que correrán simultáneamente.

**CUARTO.- DISPONER** la notificación de este interlocutorio al (la) (los) demandado (a) (os) **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS,** conforme lo preceptúa el art. 290 ejúsdem o en su defecto el Decreto 806 de 2020 y surtir el respectivo traslado de la demanda y sus anexos.

**QUINTO.- RECONOCER** personería a la **DRA. MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, identificada con la C.C. No. 36.173.846 y titular de la tarjeta profesional 116.256 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, según los términos del poder a ella otorgado, profesional que es exhortado para que cumpla los deberes consagrados en el artículo 78 del C. G. P., durante el trámite del proceso.

**E.- TENER POR AUTORIZADA** como dependiente judicial de la apoderada de la parte demandante, a la abogada **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA** identificada con C.C. No. 1.075.285.045 y portadora de la tarjeta profesional No. 333.409 así como a la señora **MELISA ALEXANDRA CABRERA ORTIZ** identificada con C.C. No. 1.081.410.174 como dependientes judiciales para que examine el expediente, se le suministre los datos que solicite dentro del proceso, para recibir los documentos que deban ser entregados a la apoderada de la parte actora y para entregar los que sean necesarios en el desarrollo del proceso; así mismo queda autorizada para retirar oficios, despachos comisorios, avisos, retiros de demanda, retiro de desglose y retiro de copias simples o auténticas de los documentos que se requieran, conforme lo solicitado en el escrito de la demanda.

Notifíquese,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez

/JDM

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **09 de julio de 2021** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **039**, hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

ECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva***

SECRETARIA JUZGADO: Neiva, 02 de agosto de 2021. Se deja constancia que el día 14 de julio de 2021 a las cinco de la tarde, quedo debidamente ejecutoriado el auto fechado 08 de julio y notificado en estado el 09 de julio.

LILIANA HERNÁNDEZ SALAS

SECRETARIA

# CORRECCION MDTO DE PAGO PROCESO CLINICA DE FRACTURAS VS. LA PREVISORA S.A. RAD.: 2021-00525

Mireya Sanchez Toscano <mireyasanchezt@hotmail.com>

Lun 12/07/2021 4:11 PM

Para: Juzgado 08 Civil Municipal - Huila - Neiva <cmpl08nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

1 archivos adjuntos (435 KB)

CORRECCION 2021-525.pdf;

BUENAS TARDES,

POR MEDIO DEL PRESENTE ME PERMITO ALLEGAR ANTE USTEDES ESCRITO POR EL CUAL SOLICITO CORRECCION DE MANDAMIENTO DE PAGO EN EL PROCESO DE LA REFERENCIA.

AGRADEZCO LA ATENCION QUE LE SIRVA DAR A LA PRESENTE

ATTE,

MIREYA SANCHEZ TOSCANO
CEL.: 3002242742

Señor
**JUEZ QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA – HUILA**
E. S. D.

**Ref.:** Proceso ejecutivo Singular propuesto por la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**. contra **LA PREVISORA S.A.**

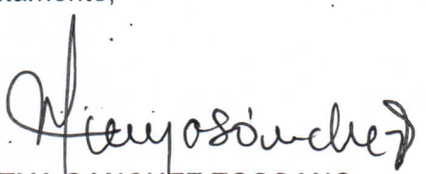
Rad.: **2021**-00**525**.

**Asunto:** Solicitud de Corrección de Mandamiento de pago.

**MIREYA SANCHEZ TOSCANO,** mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.173.846 de Neiva, portadora de la tarjeta profesional de abogado No.116.256 del C. S. de la J., domiciliada y residente en Neiva, actuando en calidad de apoderada judicial de **LA CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**., por medio del presente escrito, me permito solicitar se corrija el mandamiento de pago de fecha 08 de julio del 2021 en el proceso de la referencia, puesto que se indica en el numeral:

**7.-** Por la suma de $2.790.800 sobre la factura No. 1401 más intereses moratorios desde el 29 de marzo del 2020, **siendo en realidad desde el 18 de abril del 2020.**

Atentamente,



**MIREYA SANCHEZ TOSCANO**
C. C. No.36.173.846 de Neiva
T..P. No.116.256 del C. S. de la J.

*Notificaciones: Carrera 4 No. 10-53 Centro de la ciudad de Neiva (H). Tel.: 8667614. Cel.: 3002242742. E-mail: mireyasanchezt@hotmail.com*

Neiva, veintitrés (23) septiembre del dos mil veintiuno (2021)

**PROCESO : EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTIA**
**DEMANDANTE : CLINICA ODONTOLÓGICA DENTALCENTER LTDA.**
**DEMANDADO : LA PREVISORA S.A.**
**RADICADO : 41-001-41-89-005-2021-00525-00**

El Despacho a la luz del art. 286 del C.G.P., procede de oficio a corregir un error meramente escritural, toda vez que en auto que libro mandamiento de pago de fecha 08 de julio de 2021, errónea e involuntariamente se consignó como fecha a partir de la cual comenzaban a hacerse efectivos los intereses moratorios el día **29 de marzo de 2020**, cuando en realidad, como lo menciona la parte actora, se avizora que el día a partir del cual se hacen efectivos los intereses moratorios es el día 18 de abril de 2020.

Por ende, el juzgado,

**RESUELVE**

**PRIMERO: CORREGIR** el error en la fecha a partir de la cual se empiezan a hacer efectivos los intereses moratorios de la suma adeudada por concepto de capital insoluto de la Factura No. 1401 consignada el numeral 7° del mandamiento de pago fechado 08 de julio de 2021, en el sentido de indicar que la fecha real en la que inicia a hacerse efectivo el interés moratorio de la suma adeudada por concepto de capital insoluto de la Factura No. 1401, corresponde al día **18 de abril de 2020**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

**SEGUNDO:** Esta providencia hace parte integral del auto por medio del cual se libró mandamiento de pago, calendado 08 de julio de 2021.

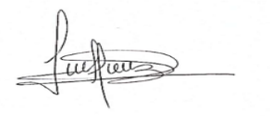
Cúmplase,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
Juez.-

**/JDM.-**

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de septiembre de 2021** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **059**, hoy a las SIETE de la mañana.



SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

***Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Mùltiples de Neiva***

Neiva, Febrero veintitrés (23) de dos mil veintidós (2022).

**PROCESO : VERBAL -**
**PRESCRIPCION ADQUISITIVA DE DOMINIO**
**DEMANDANTE : ARISMENDY CACHAYA GONZALEZ**
**DEMANDADO : EDILMA SUNCE CACHAYA Y OTROS**
**RADICACIÓN : 41-001-41-89-005-2021-00538-00**

Procede el despacho a resolver la admisión de la demanda verbal de mínima cuantía, impetrada por **ARISMENDY CACHAYA GONZALEZ,** contra **DIOMEDES SUNCE CACHAYAM EDILMA SUNCE CACHAYA E ISAIAS SUNCE CACHAYA**, luego de haberse ordenado el Certificado de expedido del IGAG, el cual fue allegado por la parte actora, la misma reúne las exigencias del artículo 82 del Código General del Proceso, el Juzgado dispone darle trámite pertinente conforme lo preceptuado en el artículo 390 y siguientes del estatuto citado. En consecuencia esta agencia judicial,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: ADMITIR** la presente demanda **Verbal de mínima Cuantía de PRESCRIPCION ADQUISITVIA DE DOMINIO** formulada por la **ARISMENDY CACHAYA GONALEZ,** en contra de la demandada **DIOMEDES SUNCE CACHAYA E ISAIAS SUNCE CACHAYA,** conforme a la síntesis precedente.

**SEGUNDO: IMPRIMIR** el trámite del proceso Verbal, regulado en el Libro III, capítulo I, Título I Sección Primera del C. G. del Proceso.

**TERCERO:** De la demanda, se ordena dar traslado a la parte demandada **DIOMEDES SUNCE CACHAYA C.C.No.12.100.808; EDILMA SUNCE CACHACYA C.C.No.26.467.819, E ISAIAS SUNCE CACHAYA C.C.No.12.098.086**, por el término de diez (10) días (art. 391 C.G.P.) para que conteste si a bien lo tiene, haciéndole entrega de una copia del líbelo y sus anexos y a la misma vez presente y/o solicite las pruebas que pretenda hacer valer dentro del proceso.

**CUARTO: NOTIFICAR** este auto a la parte demandada **DIOMEDES SUNCE CACHAYA C.C.No.12.100.808; EDILMA SUNCE CACHACYA C.C.No.26.467.819, E ISAIAS SUNCE CACHAYA C.C.No.12.098.086,** en la forma indicada por los art. 290 y Ss. del Cód. General del Proceso., y/o Decreto 806 de 2020

**QUINTO: ORDENAR LA INSCRIPCIÓN DE LA DEMANDA** en el folio de matrícula inmobiliaria No.200-48914 de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Neiva Huila, de propiedad de **DIOMEDES SUNCE CACHAYA C.C.No.12.100.808; EDILMA SUNCE CACHACYA C.C.No.26.467.819, E ISAIAS**

**SUNCE CACHAYA C.C.No.12.098.086**, del bien inmueble predio rural, denominado San Pedro, Finca El mirador, ubicado en el corregimiento Rio Ceibas, Vereda las Nubes de la ciudad de Neiva. Ofíciese en tal sentido a la Oficina de Registro correspondiente.

**SEXTO: AUTORIZAR** la convocatoria de las personas indeterminadas que se crean con derechos sobre el inmueble trabado en este juicio, conforme preceptúa el artículo 375 numeral 6 del Cód. G.P.

**SEPTIMO: ORDENAR INFORMAR** de la existencia del proceso a la Superintendencia de Notariado y Registro, al Instituto Colombiano para el Desarrollo Rural (INCODER), a la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación Integral a Víctimas y a la Dirección de Gestión Catastral, adscrita al departamento de Planeación Municipal, para que, si lo consideran pertinente, hagan las manifestaciones a que hubiere lugar en el ámbito de sus funciones.

**NOVENO: RECONOCER** personería al doctor **ENDER SMITH LAVAO SOLORZANO T.P.No.170.965 del C.S.J,** para actuar conforme al mandato a él otorgado

**NOTIFÍQUESE.**

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez.-**

l.h.s..-

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, 24 de febrero de 2021 en la fecha hago constar que para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. 008 hoy a las SIETE de la mañana.

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIO

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO:** **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
**DEMANDANTE:** **GLADYS YAIME NARVAEZ**
**DEMANDADO:** **JUAN CARLOS GUARNIZO PERALTA**
**RADICACIÓN:** **41-001-41-89-005-2021-00727-00**

El artículo 317 de la ley 1564 de 2012 estableció el desistimiento tácito como una forma de terminación anormal del proceso, norma que entró en vigencia a partir del primero (1) de octubre de dos mil doce (2012) en virtud a lo establecido en el artículo 627 numeral 4 ibídem.

En efecto, cuando para continuar el trámite de la demanda, del llamamiento en garantía, de un incidente o de cualquiera otra actuación promovida a instancia de parte, se requiera el cumplimiento de una carga procesal o de un acto de la parte que haya formulado aquélla o promovido estos, el juez le ordenará cumplirlo dentro de los treinta (30) días siguientes mediante providencia que se notificará por estado.

Vencido dicho término sin que quien haya promovido el trámite respectivo cumpla la carga o realice el acto de parte ordenado, el juez tendrá por desistida tácitamente la respectiva actuación y así lo declarará en providencia en la que además impondrá condena en costas, sin embargo, el juez no podrá ordenar el requerimiento previsto, cuando estén pendientes actuaciones encaminadas a consumar las medidas cautelares previas.

Visto el proceso de la referencia, se tiene que **el citado requerimiento se hizo mediante auto de fecha veinticinco (25) de noviembre de dos mil veintiuno (2021)**, **notificado por estado el 26 de noviembre de 2021**, conforme a la **constancia secretarial** que antecede, que da cuenta que el día hábil inmediatamente anterior venció en silencio el término de treinta (30) días concedidos a la parte actora para cumplir la carga procesal impuesta, es entonces imperioso decretar la terminación anormal del proceso por desistimiento tácito que adelanta **GLADYS YAIME NARVÁEZ,** identificada con la C.C. 55.154.349 en contra del señor **JUAN CARLOS GUARNIZO PERALTA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.018.477.250, con base en la norma precitada. En consecuencia, el Despacho,

**DISPONE**

**PRIMERO: DECRETAR** que operó el desistimiento tácito dentro del proceso antes referenciado.

**SEGUNDO: LEVANTESE** las medidas cautelares practicadas. Por ***Secretaría*** líbrense los oficios correspondientes.

**TERCERO**: En caso de haber títulos judiciales por cuenta de éste proceso objeto de desistimiento tácito, se ordena su entrega a los interesados, y de no ser reclamados en la oportunidad legal, el despacho decretará la prescripción. (ACUERDO No. PSAA13-9979 de agosto 30 de 2013, artículo 1° literal D.).

**CUARTO: DESGLÓSESE** la documentación que sirvió de base a la acción, con la expresa constancia de que el proceso terminó por Desistimiento Tácito. Entréguesele a la parte demandante, previo el pago del arancel judicial.

**QUINTO: ADVERTIR** a la parte demandante que la demanda podrá formularse nuevamente pasados seis meses contados desde la ejecutoria de la presente providencia.

**SEXTO: NO CONDENAR** en costas a las partes.

**SEPTIMO: ARCHÍVESE** el expediente una vez en firme el presente auto.

Notifíquese y cúmplase,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez**

Ss
MCG

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008**, hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____

SECRETARIA

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

**PROCESO:** **EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA CUANTIA**
**DEMANDANTE:** **ALEXANDER IBAÑEZ MOLINA**
**DEMANDADA:** **MARIA NATALIA CHILITO MEDINA**
**RADICACIÓN:** **41-001-41-89-005-2021-00786-00**

Al despacho para resolver la solicitud remitida al correo institucional, suscrita por el demandante, por medio de la cual solicita la terminación del proceso por el pago total de la obligación, la cual es procedente a la luz de lo dispuesto por el artículo 461 del Código General del Proceso, en consecuencia, el Juzgado,

**RESUELVE**

**PRIMERO: DECLARAR TERMINADO POR PAGO TOTAL DE LA OBLIGACION,** el presente PROCESO EJECUTIVO adelantado por el señor **ALEXANDER IBAÑEZ MOLINA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.732.033 contra la señora **MARIA NATALIA CHILITO MEDINA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.075.293.570**,** por la obligación contenida en los títulos valores base de recaudo.

**SEGUNDO:** Como consecuencia de lo anterior, se decreta el levantamiento de las medidas cautelares existentes. Por **Secretaría**, procédase en tal sentido**.**

**TERCERO: DESGLÓSESE** los documentos que sirvieron de base para la presente acción con la expresa constancia de que la obligación se ha extinguido por pago total, efectuado por la parte demandada a quien se le hará entrega de los documentos desglosados.

**CUARTO:** Sin lugar a condena en costas para las partes.

**QUINTO:** Cumplido lo anterior, de conformidad con el artículo 122 del Código General del Proceso, **ARCHÍVESE** el expediente, previas las anotaciones en el software de gestión.

Notifíquese,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez**

Ss/MCG

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008** hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIA

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022).

| | |
|---|---|
| **PROCESO:** | **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA** |
| **DEMANDANTE:** | **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE ACTIVOS Y FINANZAS S.A.** |
| **DEMANDADOS:** | **CARLOS MAURICIO SALAZAR ROJAS** |
| **RADICACIÒN:** | **41-001-41-89-005-2021-00815-00** |

Una vez la parte actora acude a la tutela jurisdiccional efectiva en ejercicio de sus derechos y en defensa de sus intereses, siendo la oportunidad para ello, garantizado el proceso debido, va al despacho el proceso para dictar la sentencia de fondo.

El Código General del Proceso, en su artículo 278, dispuso que en cualquier estado del proceso el juez debe dictar sentencia anticipada, total o parcial, cuando no hubiere pruebas para practicar, lo hayan solicitado las partes o se encuentren probadas las excepciones de cosa juzgada, transacción, caducidad, prescripción extintiva, y la carencia de legitimación en causa.

En efecto, los juzgadores tienen la obligación de proferir sentencia definitiva sin más trámites en el momento en que adviertan que la etapa probatoria es inocua, según una de sus causales.

**ANTECEDENTES**

Presentada la demanda y una vez se notificó al extremo pasivo de la Litis, CARLOS MAURICIO SALAZAR ROJAS presentó escrito de contestación a la demanda proponiendo la excepción de fondo denominada "prescripción de los títulos valores" por cuanto habían transcurrido más de tres años desde la fecha de la exigibilidad de la última cuota hasta el auto por medio del cual se libró mandamiento de pago.

**OPOSICION**

Corrido el traslado de las excepciones del demandado, la parte demandante expresa que el termino de tres años fue interrumpido una vez el demandado reconoció la deuda, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 874 numeral 10 del Código de Comercio, pues el demandado, por cuanto el 26 de octubre de 2020, se comunicó a las líneas de atención de la entidad ejecutante, solicitando el descuento de nómina, sin autorizarlo al no tener una relación laboral por contrato de trabajo con la Rama Judicial.

**PROBLEMA JURIDICO**

Corresponde al Despacho establecer si dentro del proceso de la referencia, se generó el fenómeno de la prescripción y como consecuencia se debe de terminar el proceso conforme los artículos 709, 789 del Código de Comercio Colombiano, junto con los artículos 422 y 278 del Código General del Proceso.

**TESIS DEL DESPACHO**

Considera el suscrito Juez que se cumplen los requisitos necesarios para decretar la prescripción de la acción y como consecuencia, terminar la presente actuación.

**CONSIDERACIONES**

Encuentra el Despacho satisfechos los presupuestos jurídicos procesales requeridos por la ley para la conformación del litigio debido a que existe demanda en forma, capacidad jurídica de las partes para su legitimación, y ser el Despacho el competente para entrar a resolver la litis.

Descendiendo al caso concreto, el Juzgado considera pertinente realizar una relación sucinta de las actuaciones dentro del proceso de la referencia, lo anterior para indicar lo imperioso que se torna aplicar la prescripción de la acción cambiaria. Con ese punto de partida, el Juzgado considera menester precisar que de acuerdo con el artículo 789 del Código Comercio, la acción cambiaria prescribe tres años contados con posterioridad a la exigibilidad de la obligación contenida en el titulo valor ejecutado.

Al respecto, el artículo 789 del Código de Comercio precisa:

> "**ARTÍCULO 789. <PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CAMBIARIA DIRECTA>.** La acción cambiaria directa prescribe en tres años a partir del día del vencimiento."

En ese orden de ideas, observa el Despacho que se libró mandamiento de pago por diecinueve cuotas de tracto sucesivo vencidas, siendo la última exigible el 30 de septiembre de 2016. Consecuentemente, es evidente que se configuró el fenómeno jurídico de la prescripción de la acción cambiaria.

Por otro lado, en lo concerniente a los a alegatos esbozados por el ejecutante, no son de recibo por este Juzgado, habida cuenta no aporta copia de prueba sobre la aceptación y reconocimiento de la obligación contenida en el titulo

valor objeto de recaudo que a la fecha[1] de la supuesta aceptación se encontraba prescrito.

En síntesis, se declara probada la excepción de prescripción formulada por la parte demandada y se ordenará la terminación del proceso de la referencia.

**RESUELVE**

**PRIMERO: DECLARAR PROBADAS** la excepción denominada **"PRESCRIPCION DEL TITULO VALOR"** con base en las razones expuestas en esta providencia.

**SEGUNDO:** Una vez quede en firme el presente proveído, ordénese la terminación del proceso.

**TERCERO: CONDENAR** en costas a la parte demandante. Incluyéndose en la liquidación respectiva como agencias en derecho la suma de **$ 186.828 M/cte**., de conformidad con el numeral 2 del artículo 365 del Código General del Proceso.

**CUARTO: CONDENAR** en agencias de derecho a la parte demandante por el valor de **$656.303 M/cte.**

Notifíquese y cúmplase,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez**

Yezs

[1] 26 de octubre de 2020, de acuerdo con el escrito de descorre traslado de las excepciones.

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008** hoy a las SIETE de la mañana.

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

_____

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

| | |
|---|---|
| **PROCESO:** | **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA** |
| **DEMANDANTE:** | **CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA** |
| **DEMANDADA:** | **FELICINDA DURAN SERRATO** |
| **RADICACIÓN:** | **41-001-41-89-005-2021-00840-00** |

**CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA,** identificada con el Nit. 36.066.071, actuando a través de apoderado judicial, incoa demanda **Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía**, en contra de **FELICINDA DURAN SERRATO,** con el fin de obtener el pago de una obligación de plazo vencido, aportando como sustento de su pretensión un título valor que desprende una obligación clara y expresa, para ser cancelada en esta ciudad.

La demanda fue admitida mediante auto interlocutorio de mandamiento de pago calendado **catorce (14) de enero de dos mil veintiuno (2021)**, ordenándose cancelar a la parte actora, la suma pretendida junto con los intereses moratorios legales desde que se hicieron exigibles hasta el pago total de la obligación; igualmente se decretaron las medidas previas solicitadas, cumpliéndose para tal fin los requisitos del artículo 599 del Estatuto General del Proceso.

El día 13 de octubre de 2021, la demandada **FELICINDA DURAN SERRATO,** fue notificada **personalmente**, bajo los preceptos del decreto 806 de 2020, quien en su oportunidad dejó transcurrir en silencio el término que tenía para pronunciarse sobre la demanda y excepcionar, conforme a la constancia secretarial que antecede.

Así las cosas, al tenor de lo previsto por el artículo 440 del Código General del Proceso, se ha de proferir Auto de seguir adelantar la ejecución.

Por lo anterior, el Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.

**RESUELVE**

**PRIMERO: ORDENAR** seguir adelante la presente ejecución en contra de la demandada **FELICINDA DURAN SERRATO,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 52.175.085, por las sumas señaladas en el auto de Mandamiento de Pago, DECRETÁNDOSE el remate de los bienes embargados con la solicitud de medidas previas y los que posteriormente se lleguen embargar, previo avalúo.

**SEGUNDO: ORDENAR** a las partes presentar la liquidación del crédito con fundamento en el artículo 446 del Código General del Proceso.

**TERCERO: CONDENAR** en costas a la parte demandada. Incluyéndose en la liquidación respectiva como agencias en derecho la suma de **$190.400,oo M/cte**, de conformidad con el numeral 2 del artículo 365 del Código General del Proceso.

Notifíquese y cúmplase,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez**

MCG

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008** hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIA

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

| | |
|---|---|
| **PROCESO:** | **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA** |
| **DEMANDANTE:** | **COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE** |
| **DEMANDADA:** | **YARILENE JACOME PEINADO y JOSE DE JESUS CASTAÑEDA CETINA** |
| **RADICACIÓN:** | **41-001-41-89-005-2021-00844-00** |

**COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE,** identificada con el Nit. 891.100.656-3, actuando a través de apoderada judicial, incoa demanda **Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía**, en contra de **YARILENE JACOME PEINADO y JOSE DE JESUS CASTAÑEDA CETINA,** con el fin de obtener el pago de una obligación de plazo vencido, aportando como sustento de su pretensión un título valor que desprende una obligación clara y expresa, para ser cancelada en esta ciudad.

La demanda fue admitida mediante auto interlocutorio de mandamiento de pago calendado **treinta (30) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)**, ordenándose cancelar a la parte actora, la suma pretendida junto con los intereses moratorios legales desde que se hicieron exigibles hasta el pago total de la obligación; igualmente se decretaron las medidas previas solicitadas, cumpliéndose para tal fin los requisitos del artículo 599 del Estatuto General del Proceso.

El día 25 de octubre de 2021, los demandados **YARILENE JACOME PEINADO y JOSE DE JESUS CASTAÑEDA CETINA,** fueron notificados **personalmente**, bajo los preceptos del decreto 806 de 2020, quien en su oportunidad dejó transcurrir en silencio el término que tenía para pronunciarse sobre la demanda y excepcionar, conforme a la constancia secretarial que antecede.

Así las cosas, al tenor de lo previsto por el artículo 440 del Código General del Proceso, se ha de proferir Auto de seguir adelantar la ejecución.

Por lo anterior, el Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.

**RESUELVE**

**PRIMERO: ORDENAR** seguir adelante la presente ejecución en contra de los demandados **YARILENE JACOME PEINADO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.090.416.016 y **JOSE DE JESUS CASTAÑEDA CETINA,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 93.453.464, por las sumas señaladas en el auto de Mandamiento de Pago, DECRETÁNDOSE el remate de los bienes embargados con la solicitud de medidas previas y los que posteriormente se lleguen embargar, previo avalúo.

**SEGUNDO: ORDENAR** a las partes presentar la liquidación del crédito con fundamento en el artículo 446 del Código General del Proceso.

**TERCERO: CONDENAR** en costas a la parte demandada. Incluyéndose en la liquidación respectiva como agencias en derecho la suma de **$1.548.400,oo M/cte**, de conformidad con el numeral 2 del artículo 365 del Código General del Proceso.

Notifíquese y cúmplase,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez**

MCG

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008** hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

# *Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples*

*Palacio de Justicia de Neiva, Carrera 4 No. 6-99, Oficina 806, Telefax 8711449- www.ramajudicial.gov.co*

Neiva, veintitrés (23) de febrero de dos mil veintidós (2022)

| | |
|---|---|
| **PROCESO:** | **EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA CUANTIA** |
| **DEMANDANTE:** | **FONDO NACIONAL DEL AHORRO CARLOS LLERAS RESTREPO** |
| **DEMANDADA:** | **MATILDE RODRIGUEZ GUZMAN** |
| **RADICACIÓN:** | **41-001-41-89-005-2021-00846-00** |

Revisado el expediente, se observa que la parte demandante, no ha gestionado la notificación a la parte demandada.

En consecuencia, esta agencia judicial, DISPONE **REQUERIR** a la parte actora, para que en el término de treinta (30) días cumpla con la carga procesal antes señalada, so pena de dar aplicación a la figura jurídica del Desistimiento Tácito con relación a la demanda que nos ocupa, tal como lo dispone el numeral 1 del artículo 317 del Código General del Proceso.

Notifíquese y cúmplase,

**RICARDO ALONSO ALVAREZ PADILLA**
**Juez**

Ss
MCG

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

Neiva, **24 de febrero de 2022** en la fecha hago constar que, para notificar a las partes, el contenido de la providencia anterior se fijó el estado No. **008** hoy a las SIETE de la mañana.

SECRETARIA

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA**

SECRETARÍA. _____ ayer a las CINCO de la tarde quedó ejecutoriado el auto anterior, inhábiles los días_____.

SECRETARIA