



CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nit. 890110705-5 Habilitacion: 080010025901

Direccion: CARRERA 51B # 86 - 48 Telefonos: 6053221622

RESOLUCION DIAN FACTURA ELECTRONICA No.18764063178964

DE 2024-01-02 AUTORIZACION DEL FEE 1 A FEE 1000 REGIMEN COMUN VALIDO HASTA 2025-01-01

Fecha Creación: 7/03/2024

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FEE595

DATOS DEL COMPRADOR O BENEFICIARIO			DATOS DEL PACIENTE		
Cliente:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA		Paciente:	YUDERKYS ALVAREZ LEAL	
Nit:	901037916	CONTRATO: .	Identif:	PT 4902159	
Direccion:	Calle 26 No 69-76 piso 17		Direccion:	CARRERA 27 No 36 35 MONTES	
Telefono:	(571)4322760		Telefonos:	Tel:3236516388 Cel:3236516388	
Ciudad:	BOGOTA D.C., BOGOTA		Parentesco:	COTIZANTE	
Fecha Vencimiento:	6/04/2024		Ingreso:	Egreso:	
Admision:	Elaborada Por: IRENE MILDRED		Autorización:	Poliza:	

Codigo	Servicio	Fecha	Prestador	Cant.	Valor Unitario	Valor total
CONSULTAS						\$ 71.500,00
						\$ 71.500,00
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024-01-18	ALBERTO_ HENRIQUEZ MENDOZA	1	\$ 71.500,00	\$ 71.500,00

Copago: 0,00 C/Moderadora: 0,00 SUBTOTAL - DETALLE DE SERVICIOS PRESTADOS: 71.500,00

Son: Setenta y un mil quinientos pesos M/L

SUBTOTAL 71.500,00

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA \$ 71.500

Valor Descuento: 0,00

VALOR FACTURA: 71.500,00

DETALLE DEL PAGO

Valor Pagado: 0,00

SALDO A PAGAR: 71.500,00

IRENE MILDRED ANGULO JIMENEZ

Firma Del Facturador

CUFE: 00ed51921f157246bf02cc7fb77da65aed907b2b65b3d2d8fc954534119763eb7a0b32ff5273c1cacdbddb4fa0dc66ba

SOMOS AUTORETENEDORES DEL IMPUESTO CREE (DECRETO 1828 DE AGOSTO 27 DE 2013) FAVOR NO EFECTUAR RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO. ESTA FACTURA CAMBIARIA DE COMRAVENTA, SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART.774 DEL CODIGO DE COMERCIO



SECTOR SALUD

CODIGO_PRESTADOR	080010025901	TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Permiso por Protección Temporal
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	4902159	PRIMER_APELLIDO	ALVAREZ
SEGUNDO_APELLIDO	LEAL	PRIMER_NOMBRE	YUDERKYS
SEGUNDO_NOMBRE		SEGUNDO_NOMBRE	Tomador/Amparado SOAT
MODALIDAD_CONTRATACION	12	COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	06
NUMERO_CONTRATO	.	NUMERO_AUTORIZACION	
NUMERO_MIPRES		NUMERO_ENTREGA_MIPRES	
NUMERO_POLIZA		COPAGO	0
CUOTA_MODERADORA	0	PAGOS_COMPARTIDOS	0

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	YUDERKYS ALVAREZ LEAL			Doc. Identidad:	PT 4902159	
Sexo:	F	Fecha Nacimiento:	1976-03-19	Edad:	47 años 9 meses y 23días	
Dirección:	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA				Teléfono:	3236516388 3236516388
Responsable:				Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:				Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			Teléfono Aseg:		

**CITA DE CONTROL**

Edad:	47 años 9 meses y 23días	Fecha de atención:	2024-01-11 18:15:00 p. m.
-------	--------------------------	--------------------	---------------------------

**CITA DE CONTROL****CITA DE CONTROL**

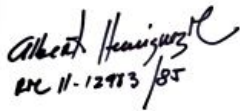
CITA CONTROL ORTOPEDIA EN 7 DIAS. LLAMAR AL: 3221622 - 3166909782

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**  
RC 11-12983/85

ALBERTO HENRIQUEZ MENDOZA

REGISTRO No. 1112983

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	YUDERKYS ALVAREZ LEAL		Doc. Identidad:	PT 4902159	
Sexo:	F	Fecha Nacimiento:	1976-03-19	Edad:	47 años 9 meses y 30días
Dirección:	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA			Teléfono:	3236516388 3236516388
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

Edad:	47 años 9 meses y 30días	Fecha de atención:	2024-01-18 15:40:01 p. m.
-------	--------------------------	--------------------	---------------------------

**MOTIVO DE CONSULTA**

MOTIVO DE CONSULTA CITA CONTROL

**ENFERMEDAD ACTUAL**

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE EN CITA CONTROL POR ESGUINCE GII DE TOBILLO IZQUIERDO (11/01/2024)

**SINTOMAS DESCRITOS**

SINTOMAS DESCRITOS SDI

**REVISION POR SISTEMAS (Examen funcional)**

<b>CABEZA</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>OIDOS</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>BOCA</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>CUELLO</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>MAMAS</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>GENITOURINARIOS</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>VENEREOS</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>LOCOMOTOR</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>PIEL Y ANEXOS</b> CLINICAMENTE NORMAL	<b>OJOS</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>NARIZ</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>GARGANTA</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>CARDIORESPIRATORIO</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>GASTROINTESTINAL</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>GINECO - OBSTETRICOS</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>ENDOCRINO</b> CLINICAMENTE NORMAL <b>NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIATRICOS</b> CLINICAMENTE NORMAL
---	--

**ANTECEDENTES**

ANTECEDENTES SDI

**EXAMEN FISICO**

EXAMEN FISICO TOBILLO IZQUIERDO CON DOLOR Y EDEMA LEVE, CON ARCOS DE MOVILIDAD ACEPTABLES Y CON LEVE DOLOR, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.

**DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO ESGUINCE GII DE TOBILLO IZQUIERDO (11/01/2024)

**ANALISIS Y PLAN**

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	YUDERKYS ALVAREZ LEAL		Doc. Identidad:	PT 4902159	
Sexo:	F	Fecha Nacimiento:	1976-03-19	Edad:	47 años 9 meses y 30 días
Dirección:	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA			Teléfono:	3236516388 3236516388
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

**ANALISIS Y PLAN**

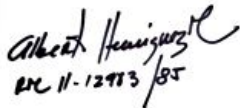
PACIENTE EN CITA CONTROL POR ESGUINCE GII DE TOBILLO IZQUIERDO (11/01/2024) AL EXAMEN FISICO TOBILLO IZQUIERDO CON DOLOR Y EDEMA LEVE, CON ARCOS DE MOVILIDAD ACEPTABLES Y CON LEVE DOLOR, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. SE ORDENA CONTINUAR CON FORTALECIMIENTO MUSCULAR. SE DA CITA CONTROL EN 3 SEMANAS.

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**  
RC 11-12983/85

---

ALBERTO\_ HENRIQUEZ MENDOZA

REGISTRO No. 1112983

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	YUDERKYS ALVAREZ LEAL			Doc. Identidad:	PT 4902159	
Sexo:	F	Fecha Nacimiento:	1976-03-19	Edad:	47 años 9 meses y 30días	
Dirección:	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA				Teléfono:	3236516388 3236516388
Responsable:				Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:				Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			Teléfono Aseg:		

**ORDEN MEDICA**

Edad:	47 años 9 meses y 30días	Fecha de atención:	2024-01-18 15:45:16 p. m.
-------	--------------------------	--------------------	---------------------------

**INSTRUCCIONES MEDICAS****INSTRUCCIONES**

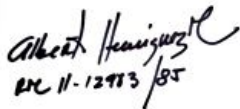
SE DA CITA CONTROL EN 3 SEMANAS.

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**  
RC 11-12983/85

ALBERTO\_ HENRIQUEZ MENDOZA

REGISTRO No. 1112983

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	YUDERKYS ALVAREZ LEAL		Doc. Identidad:	PT 4902159	
Sexo:	F	Fecha Nacimiento:	1976-03-19	Edad:	47 años 9 meses y 23días
Dirección:	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA			Teléfono:	3236516388 3236516388
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

**HISTORIA DE URGENCIAS**

Edad:	47 años 9 meses y 23días	Fecha de atención:	2024-01-11 16:45:39 p. m.
-------	--------------------------	--------------------	---------------------------

**TIPO TRIAGE**

TRIAGE 3

**DATOS CLINICOS GENERALES**

MOTIVO DE LA CONSULTA ACCIDENTE DE TRÁNSITO

**EVOLUCION DE ENFERMEDAD ACTUAL** PACIENTE, EN ESTADO DE ALERTA, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE HOY, CUANDO AL DESPLAZARSE POR LA VIA PUBLICA, EN CALIDAD DE PEATON, ES ARROLLADA POR MOTOCICLETA, OCASIONANDOLE TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO.

**ANTECEDENTES FAMILIARES** NIEGA**ATENCION CLINICA**

ESTADO DEL PACIENTE CONSCIENTE

**ANTECEDENTES PERSONALES****HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)**

NO

**DIABETES (DM)**

NO

**ASMA**

NO

**CONVULSIONES**

NO

**OTROS**

PATOLÓGICOS: NIEGA  
FARMACOS: NIEGA  
TÓXICOS: FUMA 2-3 CIGARRILLOS AL DÍA DESDE HACE 10 AÑOS  
HOSPITALIZACIONES: NIEGA RECIENTES  
CX DE RINITIS ALÉRGICA EN SENOS PARANASALE HACE 8 HORAS  
CESAREA

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS**

**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE** NIEGA

**REVISION POR SISTEMAS (Examen funcional)****CABEZA**

CLINICAMENTE NORMAL

**OIDOS**

CLINICAMENTE NORMAL

**BOCA**

CLINICAMENTE NORMAL

**CUELLO**

CLINICAMENTE NORMAL

**MAMAS**

CLINICAMENTE NORMAL

**MIGRAÑA**

NO

**ENFERMEDAD CORONARIA**

NO

**ALERGIAS**

NO

**LITIASIS RENAL**

NO

**OJOS**

CLINICAMENTE NORMAL

**NARIZ**

CLINICAMENTE NORMAL

**GARGANTA**

CLINICAMENTE NORMAL

**CARDIORESPIRATORIO**

CLINICAMENTE NORMAL

**GASTROINTESTINAL**

CLINICAMENTE NORMAL

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

<b>Paciente:</b>	YUDERKYS ALVAREZ LEAL		<b>Doc. Identidad:</b>	PT 4902159	
<b>Sexo:</b>	F	<b>Fecha Nacimiento:</b>	1976-03-19	<b>Edad:</b>	47 años 9 meses y 23 días
<b>Dirección:</b>	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3236516388 3236516388
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**GENITOURINARIOS**

CLINICAMENTE NORMAL

**VENEREOS**

CLINICAMENTE NORMAL

**LOCOMOTOR**

DOLOR EN TOBILLO IZQUIERDO

**PIEL Y ANEXOS**

CLINICAMENTE NORMAL

**GINECO - OBSTETRICOS**

CLINICAMENTE NORMAL

**ENDOCRINO**

CLINICAMENTE NORMAL

**NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIATRICOS**

CLINICAMENTE NORMAL

**SIGNOS VITALES****TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA**

124

**TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA**

80

**CLASIFICACION DE RIESGO POR T.A**

Normal

**F. CARDÍACA (Lat\*Min)**

74

**F. RESPIRATORIA (Res\*Min)**

16

**TEMPERATURA. (°C)**

37

**PESO (kg)**

85

**EXAMEN FISICO****EXAMEN FISICO**

ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO

**CABEZA**

CLINICAMENTE NORMAL

**TORAX**

CLINICAMENTE NORMAL

**GENITOURINARIO**

CLINICAMENTE NORMAL

**EXTREMIDADES**

TOBILLO IZQUIERDO: SE APRECIA EDEMA EN MALEOLO LATERAL Y CARA DORSAL DEL PIE SIN SIGNOS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL, DEFORMIDAD, MARCHA CON COGERA, LIMITACIÓN FUNCIONAL MODERADA Y RANGOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO, SENSITIVO ADECUADO, SE VALORA CIATICOPOPLITEOEXTERNO ES POSIBLE REALIZAR DORSIFLEXION DEL TOBILLO Y DEL HALLUX.

**ORIGEN DE LA ENFERMEDAD****CUELLO**

CLINICAMENTE NORMAL

**ABDOMEN**

CLINICAMENTE NORMAL

**PELVIS**

CLINICAMENTE NORMAL

**SISTEMA NERVIOSO**

CLINICAMENTE NORMAL

**ENFERMEDAD GENERAL**

NO

**RESULTADO IMAGENOLOGIA****TIPO DE EXAMEN**

SS RX DE TOBILLO IZQUIERDO

**DESCRIPCION**

RX DE TOBILLO IZQUIERDO APARENTE FRACTURA MALEOLO MEDIAL?

**ANALISIS Y PLAN**

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

<b>Paciente:</b>	YUDERKYS ALVAREZ LEAL		<b>Doc. Identidad:</b>	PT 4902159	
<b>Sexo:</b>	F	<b>Fecha Nacimiento:</b>	1976-03-19	<b>Edad:</b>	47 años 9 meses y 23 días
<b>Dirección:</b>	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3236516388 3236516388
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**NOTA**

FEMENINA DE 47 AÑOS, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE DOLOR EN TOBILLO IZQUIERDO.

CERTIFICO QUE SEGÚN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE DEDUCE QUE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE ACCIDENTE DE TRANSITO

**IMPRESION DIAGNOSTICA****IMPRESION DIAGNOSTICA**

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DADO POR TRAUMA TOBILLO IZQUIERDA SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO, CON HALLAZGOS CLINICOS E IMAGENOLOGICOS DESCRITOS. POR PERSISTENCIA DEL DOLOR Y EDEMA , SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA PARA DEFINIR CONDUCTA.

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:****JEAN CARLOS GUZMAN HERNANDEZ****REGISTRO No. 120150****MEDICINA GENERAL**



**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	YUDERKYS ALVAREZ LEAL		Doc. Identidad:	PT 4902159	
Sexo:	F	Fecha Nacimiento:	1976-03-19	Edad:	47 años 9 meses y 23 días
Dirección:	CARRERA 27 No 36 35 MONTES Lugar residencia: BARRANQUILLA			Teléfono:	3236516388 3236516388
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

**INTERCONSULTA**

Edad:	47 años 9 meses y 23 días	Fecha de atención:	2024-01-11 17:15:00 p. m.
-------	---------------------------	--------------------	---------------------------

**INTERCONSULTA****DESCRIPCION DE LA  
INTERCONSULTA**

VALORACIÓN POR ORTOPEDIA:  
PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS, QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE EN TOBILLO IZQUIERDO.  
POSTERIOR A ESTO PRESENTO DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL; AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA TOBILLO IZQUIERDO: SE APRECIA EDEMA EN MALEOLO LATERAL Y CARA DORSAL DEL PIE SIN SIGNOS DE SINDROME COMPARTIMENTAL, DEFORMIDAD, MARCHA CON COGERA, LIMITACION FUNCIONAL MODERADA Y RANGOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO, SENSITIVO ADECUADO, SE VALORA CIATICOPOPLITEOEXTERNO ES POSIBLE REALIZAF DORSIFLEXION DEL TOBILLO Y DEL HALLUX.

ANALISIS:  
PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE TOBILLO IZQUIERDO. CON HALLAZGOS CLINICOS DESCRITOS, QUIEN SE LE REALIZA RX EL CUAL NO SE EVIDENCIA LESIÓN OSEA AGUDA. SE ORDENA INMOVILIZAR CON VENDAJE BULTOSO, ANALGESIA INTRAMUSCULAR, SE DA ALTA MEDICA POSTERIOR A MEJORIA DEL DOLOR, CON FORMULA MEDICA PARA MANEJO AMBULATORIO Y CITA POR CONSULTA EXTERNA. PACIENTE INFORMADO QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**PLAN DE SALIDA**

DX.ESGUINCE GII DE TOBILLO IZQUIERDO  
PLAN.  
DICLOFENACO 75MG IM AHORA  
TRASLADAR A SALA DE YESO E INMOVILIZAR  
FORMULA MEDICA  
ALTA MEDICA  
INCAPACIDAD MEDICA  
CITA POR CONSULTA EXTERNA.

**SALA DE PROCEDIMIENTOS****SALA DE YESO**

SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE YESO, SE COLOCA EN DECUBITO SUPINO, SE LE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR. CON VENDAJE DE ALGODÓN LAMINADO SE PROCEDEN A PROTEGER ZONAS DE PRESION Y PROMINENCIAS OSEAS, POSTERIORMENTE CON VENDAJE ELASTICO SE INMOVILIZA CON VENDAJE BULTOSO EN TOBILLO IZQUIERDO..PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO NO COMPLICACIONES.

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**

*Alberto Henriquez*  
RC 11-12913/85

ALBERTO HENRIQUEZ MENDOZA

REGISTRO No. 1112983

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



**CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y  
TRAUMATOLOGIA S.A.**

**CARRERA 51B No 86 – 48 TELEFONOS PBX 3221622 Ext. 100  
BARRANQUILLA – COLOMBIA**

**CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE  
TRANSITO EXPEDIDO POR LA IPS**

El suscrito, médico de la institución prestadora de servicios, ALBERTO HENRIQUEZ MENDOZA. Con domicilio en CARRERA 51 B No. 86 - 48. Ciudad BARRANQUILLA.

**CERTIFICA** que por los hallazgos clínicos se deduce que los daños físicos y lesiones sufridas por él señor(a) YUDERKYS ALVAREZ LEAL, identificado con PT N° 4902159, fueron causadas por **ACCIDENTE DE TRÁNSITO** ocurrido el día 10 del mes 01 el año 2024 a las 18:00 en la vía/sitio CLL 36 CON CRA 27 en el municipio de BARRANQUILLA (ATLANTICO).

Relato breve de los hechos: PEATON ARROLLADO POR UNA MOTOCICLETA EN VIA PUBLICA RESULTA LESIONADA AL CAER CONDUCTOR SE DA A AL HUIDA

ALBERTO HENRIQUEZ MENDOZA

Nombre del Profesional de la Salud

Firma y sello

1112983

Registro Medico

8630543

Documento de Identidad

## CONSTANCIA DE ATENCION

PACIENTE: YUDERKYS ALVAREZ LEAL FACTURA: FEE595

HISTORIA CLINICA: PT 4902159

FECHA DE INGRESO: 18 ENERO 2024 FECHA DE EGRESO: 18 ENERO 2024

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: ADRES

Por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido a entera satisfacción con calidad los servicios prestados por la CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, dentro del período aquí consignado con fecha de ingreso 3y egreso de este centro asistencial; por consiguiente, este documento hace parte integral de la factura y/o facturas que se generen como producto de mi atención asistencial.

Lo anterior de conformidad al Decreto 4747 de 10/Dic./2007

FIRMA USUARIO (A) o  
ACUDIENTE:

Yuderkys Alvarez

No. De identificación:

4902159







## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el  
Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4902159
NOMBRES	YUDERKYS
APELLIDOS	ALVAREZ LEAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	SUBSIDIADO	14/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

<b>Fecha de Impresión:</b>	01/18/2024 14:49:46	<b>Estación de origen:</b>	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

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 base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)