



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° IND514796

Nit

860009174-4

Cliente:

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Categoría:

001 - FACTURA PBS

Fecha:

13/11/2024 10:47:00 a. m.

Forma Pago:

Estado F.E.:

Valida

CUFE:

c823e457cbb1f1508fd0bbb3dc5a3262352539c9f48aa73cf259db0444925a5fccd0d10e4832768ef10fbb3b8625b037

Estado :

Nit:899999123-7 - Di

Plazo:

45

Medio Pago:

Crédito

Fecha Validación:

13/11/2024 10:47:03 a. m.



Datos Cliente

G. Atención:

SVE001\_A - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Código EPS:

P13029

Dirección:

SIN DATO

Teléfono:

2186977

EAPB:

SVE001\_A - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Contrato:

I-044/2012 - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Datos Paciente

Documento:

1300001906

Tipo Paciente:

Ingreso:

374349

Paciente:

LUISA ISABELLA GAMBA JIMENEZ

Fecha Ingreso:

13/11/2024 10:08:56 a. m.

Nivel:

04 - OTROS

Dirección:

CRA 86 B N 53 - 22 SUR

Fecha Egreso:

13/11/2024 10:50:19 a. m.

Edad:

3 años 7 meses 29 días

Teléfono:

3223594965 - 3108195854

Usuario:

1207 - EDGAR ALVAREZ

Centro At.:

11011

U. F. Ingreso:

1111001 - URGENCIAS OBSERVACION

U. F. Egreso:

1111001 - URGENCIAS OBSERVACION

Código	Fecha	Nombre	Autoriza.	Cant.	VR. Unit.	VR. Pac.	VR. Ent.
--------	-------	--------	-----------	-------	-----------	----------	----------

Grupo: 002 - CONSULTAS E INTERCONSULTAS							
890701	13/11/2024	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		1	\$ 81.400	\$ 0	\$ 81.400
Total Grupo:							\$ 81.400

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 81.400
VALOR DESCUENTO ENTIDAD	\$ 0
VALOR CUOTA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	\$ 0
VALOR DESCUENTO PACIENTE	\$ 0
VALOR CXC PACIENTE	\$ 0
VALOR TOTAL FACTURA	\$ 81.400

TOTAL: OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS COP

ELABORÓ

LIQUIDACIÓN Y CARTERA

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

AUDITOR

Régimen tributario especial – Entidad sin animo de lucro – Actividad Ppal 8610, otras actividades 6810–9609–4773. Responsable de IVA – Agente retenedor de IVA. Gran Contribuyente DIAN, Resolución 9061 de Dic. 10 de 2020. Gran Contribuyente ICA – Agente retenedor de ICA. Esta Factura electrónica de venta presta merito ejecutivo de acuerdo a lo establecido en el Art 774-779 del C.C. Constituyendo título valor Habilitación de Facturación. Resolución Dian No. 18764058850297 del 10/28/2023 00:00:00 de IND 288997 a IND 6000000 - Vigencia 18 Meses  
Software propio de la Fundación Hospital la Misericordia NIT: 899999123-7





CERTIFICACIÓN DE SERVICIO O COMPROBANTE DE  
RECIBIDO DEL USUARIO

GESTIÓN COMERCIAL Y MERCADEO

FR - CM - 04/V:01

PACIENTE: Luisa Isabella Gamba FACTURA: \*\*\*\*\*

HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: 13-11-2024 FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: \_\_\_\_\_

Por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido a entera satisfacción y con calidad los servicios prestados por la FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, dentro del periodo aquí consignado con fecha de ingreso y 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 a la Resolución 3047 de 2008 anexo técnico 5.

En constancia de aprobación de lo anterior, se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2024.

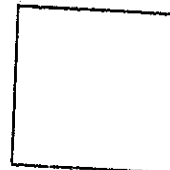
FIRMA USUARIO (A) O  
ACUDIENTE:

PARENTESCO:

No. De Identificación:

[Firma]  
Nadie  
53011576

Índice Derecho





## FR - GFEC - 03N:03

**SEGURIDAD SOCIAL:**

[illegible]



Consulta de Afiliado

Datos personales de afiliado

Tipo Usuario:	Tipo Afiliado:
Subsidiado	BENEFICIARIO
Nombres:	Apellidos:
LUISA ISABELLA	GAMBA JIMENEZ
Tipo Identificación:	No. Identificación:
RC	1300001906
Edad:	Genero:
3	F
Fecha Nacimiento:	Estado Civil:
03/15/2021	Soltero
Parentesco:	Teléfono:
Hijos menores de 25 años de edad	0
Celular:	Estrato:
3223594965	1
Dirección de Residencia Habitual:	Barrio:
KR 86B 53 SUR 22	CHICALA
Localidad:	Municipio - Departamento:
BOSA	BOGOTA D.C. - BOGOTA
Correo electrónico:	Semanas Cotizadas:
	0
Plan:	Estado:
REGIMEN SUBSIDIADO	Afiliado

DATOS DEL COTIZANTE

Tipo Identificación:	No. Identificación:
CC	53041576
Nombres:	Apellidos:
MARCELA YANETH	JIMENEZ GOMEZ

\* Si desea actualizar la información por favor comuníquese con la EPS

[Ver Servicios Autorizados](#)

[Ver Medicamentos Autorizados](#)

[Ver Historial](#)



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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1300001906
NOMBRES	LUISA ISABELLA
APELLIDOS	GAMBA JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	15/03/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/13/2024 09:45:24 Estación de origen: 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





SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

## POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000000778

SUCURSAL CHICO	DOCUMENTO NIT 860068942-7	TOMADOR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	TIPO DE DOCUMENTO NEGOCIO NUEVO
-------------------	------------------------------	--	------------------------------------

### OBSERVACIONES

#### -CLAUSULA EXTENSION DE COBERTURA:

VIGASSTADO reembolsara los pagos y costas moderadoras que la EPS cobre por la atención de un accidente asegurado por la póliza, cuando la atención se hace a través de la EPS, además cubre los medicamentos por fuera del POS.  
-La Firma GRUPO SIS certificada por el ICOTEC es la encargada del estudio y autorización de los diferentes pagos.  
-Se cubrirán las lesiones sufridas al alumno asegurado al verse sometido a un ATRACO.  
-ACCIDENTE EN BICICLETA O COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE MOTO en exceso del SOAT.  
-Esta cubre la práctica de cualquier deporte en calidad de aficionado.  
-Esta cubre la intoxicación accidental por alimentos.  
-Picadura o mordedura de ofidios, rayas o perros.  
-La inyección o congelación involuntaria; de electrocución involuntaria o por rayo; de caídas involuntarias al agua, o de aspiración involuntaria de gases o vapores letales están cubiertas en la póliza y Abogamiento Accidental.  
-Infecciones microbianas o septicemia.  
-La reposición del diente en caso de pérdida es sin costo adicional.  
-La edad de ingreso es SIN LIMITE.

-Se cubre la reposición de piezas dentales a consecuencia de un accidente asegurado en la póliza hasta el valor o valor asegurado en gastos médicos \$ 11.000.000.

-Se extiende la COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL con igual valor asegurado PARA LOS HIJOS de los alumnos asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza.

#### -DEMEMBRACION E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Si como consecuencia de un accidente se produce al alumno asegurado inhabilitación o desmembración diagnosticada VIGASSTADO, pagara la indemnización correspondiente de acuerdo AL VALOR ASEGURADO \$ 13.000.000.

-GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD: Si durante la vigencia de la póliza, a cualquiera de los alumnos asegurados se le llegare a diagnosticar por primera vez alguna de las enfermedades que se detallan a continuación, siempre y cuando la enfermedad sobrevenga al alumno después de 10 días de haber ingresado como asegurado a la póliza, se consideraran como accidentes asegurados y por lo tanto, las indemnizaciones estipuladas en la carátula de la póliza serán reconocidas por VIGASSTADO, con sujeción a las especificaciones y límites señalados en la cobertura de Gastos Médicos por Accidente: Cáncer, Foliculitis, Afección Renal Crónica, Leucemia, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo al Miocardio, Escarlatina, Tétano, Sida.  
VALOR ASEGURADO HASTA \$ 15.000.000.

#### -GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES:

Cobertura especial para gastos derivados de tratamientos médicos por cualquiera de las siguientes enfermedades:

1. Malaria
2. Fiebre
3. Lepra
4. Fiebre Amarilla
5. Leishmaniasis
6. Tuberculosis
7. Colera

VALOR ASEGURADO \$ 3.000.000.

#### -GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE:

...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:

0.00

LA HORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O AMBOS QUE SE ESPICAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCE LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO A VIGASSTADO, PARA RECIBIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENIDA Y DE LOS GASTOS CAUZADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C. A LOS 11 DIAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2024

18-68-1000000778

FIRMA VIGASSTADO

FIRMA DEL TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

ASEGURADO

4



SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

## POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000000778

SUCURSAL CHICO	DOCUMENTO NIT 860068942-7	TOMADOR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	TIPO DE DOCUMENTO NEGOCIO NUEVO
-------------------	------------------------------	--	------------------------------------

### OBSERVACIONES

#### -CLAUSULA EXTENSION DE COBERTURA:

VIDEASTADO reembolsara los conceptos y cuotas moderadoras que la EPS cobra por la atencion de un accidente asegurado por la póliza, cuando la atención se hace a través de la EPS, además cubre los medicamentos por lista del POS.  
-La Firma GRUPO SIS certificada por el ICOMTEC es la encargada del estudio y autorización de los diferentes pagos.  
-Se cubren las lesiones sufridas al alumno asegurado al verse sometido a un ATRACO.  
-ACCIDENTE EN BICICLETA O COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE DE VOTO en exceso del SOAT.  
-Esta cubierta la intoxicación accidental por alimentos.  
-Picadura o mordedura de ofidios, rayas o perros.  
-La insolación o congelación involuntaria, de electrocución involuntaria o por rayo, de caídas involuntarias al agua, o de aspiración involuntaria de gases o vapores letales están cubiertas en la póliza y Ahogamiento accidental.  
-Infecciones microbianas o septicemia.  
-La reposición del carne en caso de pérdida es sin costo adicional.  
-La Edad de Ingreso es SIN LIMITE.

-Se cubre la reposición de piezas dentales a consecuencia de un accidente asegurado en la póliza hasta el valor al valor asegurado en gastos médicos \$ 13.000.000.

-Se extiende la COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL con igual valor asegurado PARA LOS HIJOS de los alumnos asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza.

#### -DESMEMBRACION E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Si como consecuencia de un accidente le produce al alumno asegurado inhabilitación o desmembración diagnosticada VIDEASTADO, pagara la indemnización correspondiente de acuerdo AL VALOR ASEGURADO \$ 13.000.000.

-GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD: Si durante la vigencia de la póliza, a cualquiera de los alumnos asegurados se le llegare a diagnosticar por primera vez alguna de las enfermedades que se detallan a continuación, siempre y cuando la enfermedad sobrevenga al alumno después de 30 días de haber ingresado como asegurado a la póliza, se consideraran como accidentes asegurados y por lo tanto, las indemnizaciones estipuladas en la caratula de la póliza serán reconocidas por VIDEASTADO, con sujeción a las especificaciones y límites señalados en la cobertura de Gastos Medicos por Accidente. Cáncer, Poliomielitis, Afección renal crónica, Leucemia, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo al Miocardio, Escarlatina, Tétano, Sida.  
VALOR ASEGURADO HASTA \$ 15.000.000

#### -GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES:

Cobertura especial para gastos derivados de tratamientos medicos por cualquiera de las siguientes enfermedades:

1. Malaria
2. Fiebre
3. Lepra
4. Fiebre Amarilla
5. Leishmaniasis
6. Tuberculosis
7. Colera
8. Dengue

VALOR ASEGURADO \$ 3.000.000

#### -GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE:

...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:

0.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PROVOCARA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO A VIDEASTADO, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENIDADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.\*

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C. A LOS 11 DIAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2024

18-68-1000000778

FIRMA VIDEASTADO

FIRMA DEL TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

ASEGURADO

4

REGISTRO CIVIL  
FIRMADO DIGITALMENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



60611579

NUIP	1300001906	<b>REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO</b>	Indicativo Serial	<b>60611579</b>
------	------------	---	----------------------	-----------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	<input checked="" type="checkbox"/>	Notaría	<input type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de	<input type="checkbox"/>	Código	A	C	Y
-------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. KENNEDY - H O KENNEDY \*\*\*\*\*

Datos del inscrito

Primer Apellido	GAMBA *****	Segundo Apellido	JIMENEZ *****
-----------------	-------------	------------------	---------------

Nombre(s)  
LUISA ISABELLA \*\*\*\*\*

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año: 2021 Mes: MAR Día: 15	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. \*\*\*\*\*

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	163698345 *****

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)  
Apellidos y nombres completos

JIMENEZ GOMEZ MARCELA YANETH \*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 53041576 *****	COLOMBIA *****

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)  
Apellidos y nombres completos

GAMBA BELTRAN RICARDO \*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 79341827 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos  
GAMBA BELTRAN RICARDO \*\*\*\*\*

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 79841827 *****	

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 que autoriza
Año: 2021 Mes: MAR Día: 16	 EDGAR YESID GUERRERO OSORIO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
 Firma	 EDGAR YESID GUERRERO OSORIO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 116; 16/03/2021

11/11/2024

El día 11 de noviembre, luego de bajar del desahue, 8:40 am  
la niña está jugando con dos compañeras en  
una reja, va caminando por el borde y se  
resbala pegándose en la parte de atrás  
de la cabeza, la niña manifiesta dolor. Durante  
la jornada la niña no manifiesta llanto, ni  
dolor le informa a la madre de familia  
sobre las 7:49 pm. Se hace activación el  
día 12/11/2024 9:00 am.

Compensar.



CONSTANCIA DE ATENCIÓN Y AUTORIZACIÓN EXPRESA DE  
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES  
GESTIÓN JURÍDICA

FR - GJ- 01/ V:01

AUTORIZACIÓN EXPRESA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, en adelante FUNDACION HOMI con el propósito brindar un adecuado tratamiento a sus datos personales de acuerdo a lo consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y con la finalidad de obtener su autorización para tratar dichos datos, le solicita por este medio su consentimiento previo y expreso, el cual nos permita iniciar el tratamiento y administración de éstos. Le informamos que LA FUNDACION HOMI cuenta con un Manual de Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales ajustado a la ley, por medio del cual se establecen los principios para el manejo de los datos personales contenidos en el Sistema de Información de LA FUNDACIÓN HOMI, Manual que usted podrá consultar en la página web: WWW.HOMIFUNDACION.ORG.CO y además está a su disposición en nuestras oficinas y demás medios idóneos de que disponga LA FUNDACION HOMI. Los datos personales que usted nos autoriza a tratar (Información personal, historia clínica, imágenes, fotografías, videos y cualquier material que sea recolectado para medios de investigación, clínicos y de tratamiento), se realizan de acuerdo a las finalidades descritas en la mencionada política. Si con posterioridad a la recolección de sus datos personales, decide hacer uso legal del derecho, actualizar, rectificar, modificar o suprimir sus datos o revocar la autorización otorgada a LA FUNDACIÓN HOMI, lo invitamos a consultar el procedimiento en el mencionado manual. Para dar cumplimiento a dichas políticas, LA FUNDACIÓN HOMI pone a disposición de los titulares de los datos el correo electrónico [protecciondedatos@homifundacion.org.co](mailto:protecciondedatos@homifundacion.org.co) para consultas, solicitudes y reclamos relacionados con los datos personales; y de igual manera se pueden gestionar en su sede principal en la ciudad de Bogotá -Colombia en la Avenida Caracas No. 1-65 Pbx. 3811970. En la solicitud el titular debe consignar los datos solicitados en la sección del Manual de Políticas para el Tratamiento y Protección de Datos Personales denominado MANUAL DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES con código MN SIMA02-03. De igual forma con la suscripción de este documento ratificamos que en cumplimiento de la Ley de protección de datos, queda usted informado acerca de la política mediante la cual se protege la intimidad de nuestros usuarios, razón por la cual NO SE PERMITE realizar tomas fotográficas, y/o grabaciones de imagen o voz dentro de la institución, sin previo consentimiento; esto con el fin de salvaguardar el derecho a la intimidad de los pacientes, sus familiares y del personal HOMI. Por consiguiente el resultado de la recolección de imagen o voz, sin la debida autorización, implica la vulneración del derecho a la intimidad, según lo expresa la Sentencia T- 233 de 2007.

Con la suscripción de este documento LA FUNDACION HOMI queda plenamente autorizada por Ud. como titular de los datos personales para que estos sean tratados por nosotros, así mismo plenamente AUTORIZADA para el tratamiento de los datos con el fin de realizar los trámites administrativos pertinentes y necesarios ante la Entidad Aseguradora de Servicio de Salud.

Atentamente,

FIRMA

PACIENTE: Luisa Isabella Gamba Simenez No. DOCUMENTO 1300001906

FECHA: 15-04-21 CORREO ELECTRÓNICO: 3223594965

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL: Marcela Simenez No. DOCUMENTO 33041576

PARENTESCO: Madre EPS: Capital Salud

FECHA: 13-NOV-2024 CORREO ELECTRÓNICO: marcdagamez.2713@gmail.com

# FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

## SOPORTE DE CUENTAS

### INFORMACION DEL PACIENTE

**Nombres:** LUISA ISABELLA

**Apellidos:** GAMBA JIMENEZ

**Dirección:** CRA 86 B N 53 - 22 SUR - BOGOTA DC CENTRO -  
BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA

**Teléfono:** 3223594965 - 3108195854

**Entidad:** SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

**Est. Civil:** SOLTERA

**Profesión:** NO SE TIENE ESTA INFORMACION

**Tipo Documento:** RC **Numero:** 1300001906

**Edad:** 03 Años 08 Meses 03 Dias

**Sexo:** FEMENINO

**Grupo:** **RH:** !!

**Tipo Paciente:** Tomador/ Amparado Planes voluntarios  
de salud

**Tipo Afiliado:** NO APLICA

**Grupo Étnico:**

### DATOS DEL INGRESO

**Ingreso:** 374349

**Num. Autorización:**

**Fecha:** 13/11/2024 10:08:56 a. m.

**Causa de atención:** Enfermedad general

# Tabla de Contenido

Nombre del reporte	Página
Historia de Ingreso	3

Ingreso: 374349 Fecha Historia: 13/11/2024 10:41:06 a. m. # Autorización: **Página 3/9**  
Fecha ingreso: 13/11/2024 10:08:56 a. m. Causa de atención: Enfermedad general  
Servicio ingreso: URGENCIAS OBSERVACION Servicio egreso: URGENCIAS OBSERVACION  
Identificación: 1300001906 Nombres: LUISA ISABELLA Apellidos: GAMBA JIMENEZ  
Número de folio: 1 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - URGENCIAS OBSERVACION

#### CLASIFICACION TRIAGE

Numero Reporte: 00000000000000165256 - 3 - TRIAGE III

#### ANAMNESIS

Motivo de Consulta: \*\* INGRESO URGENCIAS\*\*

ACOMPAÑANTE: MADRE - MACELA JIEMNEZ  
OCUPACIÓN: HOGAR  
CC: 53041576  
TEL: 3223594965  
DIRECCIÓN: KR 86 B 53 22 SUR. BOSA CHICALÁ.

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA E 3 AÑOS QUIEN INGRESA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE Y PROFESORA DEL JARDÍN POR CUADRO CLÍNICO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN DE CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON TRAUMA EN REGIÓN OCCIPITAL SIN PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, NO MOVIMIENTOS ANORMALES NI OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. MADRE REFIERE EL DÍA DE AYER PRESENTÓ CEFALEA POR LO QUE MADRE ADMINISTRÓ ACETAMINOFEN DOSIS ÚNICA.

#### ANTECEDENTES

Médicos: > Fecha: 13/11/2024

ANTECEDENTES  
PERINATALES: FRUTO DE TERCERA GESTACIÓN, SIN COMPLICACIONES, A TÉRMINO 39, PARTO VAGINAL, ADAPTACIÓN ESPONTÁNEA.  
PATOLÓGICOS: NIEGA  
FARMACOLÓGICOS: NIEGA  
QUIRÚRGICOS: NIEGA  
HOSPITALARIOS: MAYO 2024 IRA (4 DIAS) EGRESO SIN O2.  
ALÉRGICOS: NIEGA  
FAMILIARES: MADRE HTA Y PADRE ASMA.  
TRAUMÁTICOS: NIEGA  
TRANSFUSIONALES: NIEGA RH: A+  
INMUNOLÓGICOS: PAI AL DÍA PARA LA EDAD, NO DOSIS COVID 19.  
SOCIAL: VIVE CON PADRES Y DOS HERMANOS (20 Y 19 AÑOS), MASCOTAS NIEGA. FUMADORES NIEGA.  
/ S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Oftalmológicos: -- No Refiere --  
Quirúrgicos: -- No Refiere --  
Transfusionales: -- No Refiere --  
Inmunológicos: -- No Refiere --  
Alérgicos: -- No Refiere --  
Traumáticos: -- No Refiere --  
Psicológicos: -- No Refiere --  
Farmacológicos: -- No Refiere --  
Familiares: -- No Refiere --  
Tóxicos: -- No Refiere --  
Hábitos de vida: -- No Refiere --  
Escolares: -- No Refiere --  
Laborales: -- No Refiere --  
Nutricionales: -- No Refiere --

Profesional: ROSA CAROLINA SILVA VALENCIA Identificación: 1300001906  
Especialidad: MEDICINA GENERAL Nombre: LUISA ISABELLA  
Tarjeta Prof. # 1015482309 Apellido: GAMBA JIMENEZ



Odontológicos: -- No Refiere --

Socioeconómicos: -- No Refiere --

Otros: -- No Refiere --

REVISIÓN POR SISTEMAS

NIEGA

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial :	98/53 mmHg	Frecuencia respiratoria :	24 respiraciones/min	Temperatura :	36,9 °C
Presión arterial media :	68,00 mmHg	Frecuencia cardíaca :	100 latidos/min	SpO2 :	91%
Perímetro abdominal :	cm	Índice de masa corporal :	15,95 Kg/m²	Dolor:	0
Perímetro cefálico :	cm	Perímetro torácico :	cm	Talla:	92,0 cm
Perímetro braquial :	0,0 cm	Superficie corporal :	0,59 m²		
Peso actual:	13,50 KG				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza: ☒ N ☐ AN

Ojos: ☒ N ☐ AN

ORL: ☒ N ☐ AN

Cuello: ☒ N ☐ AN

Tórax: ☒ N ☐ AN

Abdomen: ☒ N ☐ AN

Genitourinario: ☒ N ☐ AN

Extremidades: ☒ N ☐ AN

Neurológica: ☒ N ☐ AN

Piel: ☒ N ☐ AN

Observaciones:

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla: >=-1 a <=+1 / Peso adecuado para la talla.

Peso para la Edad: >=-1 a <=+1 / Peso adecuado para la edad.

Perimetro Cefálico:

Talla para la Edad: >=-2 a <-1 / Riesgo de talla baja.

Indice Masa Corporal: <=+1 / No aplica (Verificar con P/T)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO		Confirmado nuevo	<input checked="" type="checkbox"/>

ANÁLISIS

PACIENTE FEMENINA E 3 AÑOS QUIEN INGRESA EN COMPAÑIA DE LA MADRE POR TCE LEVE EL DIA DE AYER MIENRAS SE ENCONTRABA EN EL JARDÍN, NIEGA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, EPISODIOS EMÉTICOS U OTRO SIGNOS DE ALRMA. MADRE REFEIRE PRESENTA CEFALEA OCASIONAL EN MANEJO CON ACETAMINOFEN. A LA VALORACIÓN PACIENTE EN ACEPTBALES CONDICIONES GENERALES, ALERTA,HIDRATDA, SE PALPA CRÁNEO SIN SIGNOS DE FRACTURA, NO DOLOR A LA PALPACIÓN, NO HEMATOMA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO SIGNOS MENÍNGEOS. SE CONSIDERA PACIENTE OCN TCE LEVE QUE YA COMPLETÓ VIGILANCIA NEUROLÓGICA, SE DA EGRESO CON MANEJO SINTOMÁTICO EN CASA. SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

PLAN  
EGRESO

Profesional:	ROSA CAROLINA SILVA VALENCIA	Identificación:	1300001906
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Nombre:	LUISA ISABELLA
Tarjeta Prof. #	1015482309	Apellido:	GAMBA JIMENEZ

ACETAMINOFEN 7 CC CADA 6 HORAS POR 5 DIAS \*\* SI DOLOR\*\*  
SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si ☒ No ☐

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Medicamento	Administración	Duración	Cantidad
ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML SOLUCION ORAL FRASCO X 60 ML	Administrar 7 mL cada 6 Hora(s) de forma ORAL por 5 Dia(s)		3
Justificación Clínica PBS:			

OTRAS INDICACIONES MÉDICAS

\*\*

SE CERTIFICA QUE ASISTIÓ CON SU MADRE A URGENCIAS

\*\*

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

SIGNOS DE ALARMA

- SI PRESENTA FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR A 38°C POR MÁS DE 5 DÍAS QUE NO LE BAJA CON ACETAMINOFÉN A DOSIS ADECUADA
- SI VOMITA TODO LO QUE COME
- SANGRADO ESPONTANEO: AL SONARSE, AL LAVARSE LOS DIENTES, EN LA PIEL, PUNTOS ROJOS, EQUIMOSIS, ORINA ROJA, CONJUNTIVAS
- TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR (HUNDIMIENTO DE COSTILLAS, ALETEO DE LA NARIZ, RESPIRACIÓN RÁPIDA, LAS UÑAS O LOS LABIOS SE PONEN MORADOS)
- SI TIENE DIARREA MÁS DE 4 EN 1 HORA O MÁS DE 10 EN UN DÍA. SI LA DEPOSICIÓN ES NEGRA O CON SANGRE.
- DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE NO MEJORA CON MANEJO ANALGESICO
- SI SE PONE AMARILLO
- DOLOR DE CABEZA INTENSO QUE NO MEJORE CON ANALGESIA ORAL, QUE LO DESPIERTE EN LAS NOCHES, QUE SE ACOMPAÑA DE VÓMITOS EN PROYECTIL, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA (DESMAYO) MOVIMIENTOS ANORMALES O CONVULSIONES. O ALTERACIONES VISUALES ASOCIADAS. LENGUAJE NO CLARO ASIMETRÍA FACIAL.
- SI PRESENTA ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO
- QUE DEJE DE ORINAR
- DOLOR QUE IMPIDE CAMINAR O QUE NO MEJORE CON MANEJO MÉDICO
- CONVULSIÓN O ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA

DESTINO

SALIDA

CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO - OTROS

PESO PARA LA TALLA

Interpretación: >=-1 a <=+1 / Peso adecuado para la talla.

Ingreso: 374349

Fecha Historia: 13/11/2024 10:41:06 a. m.

# Autorización:

Página 6/9

Fecha ingreso: 13/11/2024 10:08:56 a. m.

Causa de atención: Enfermedad general

Servicio ingreso: URGENCIAS OBSERVACION

Servicio egreso: URGENCIAS OBSERVACION

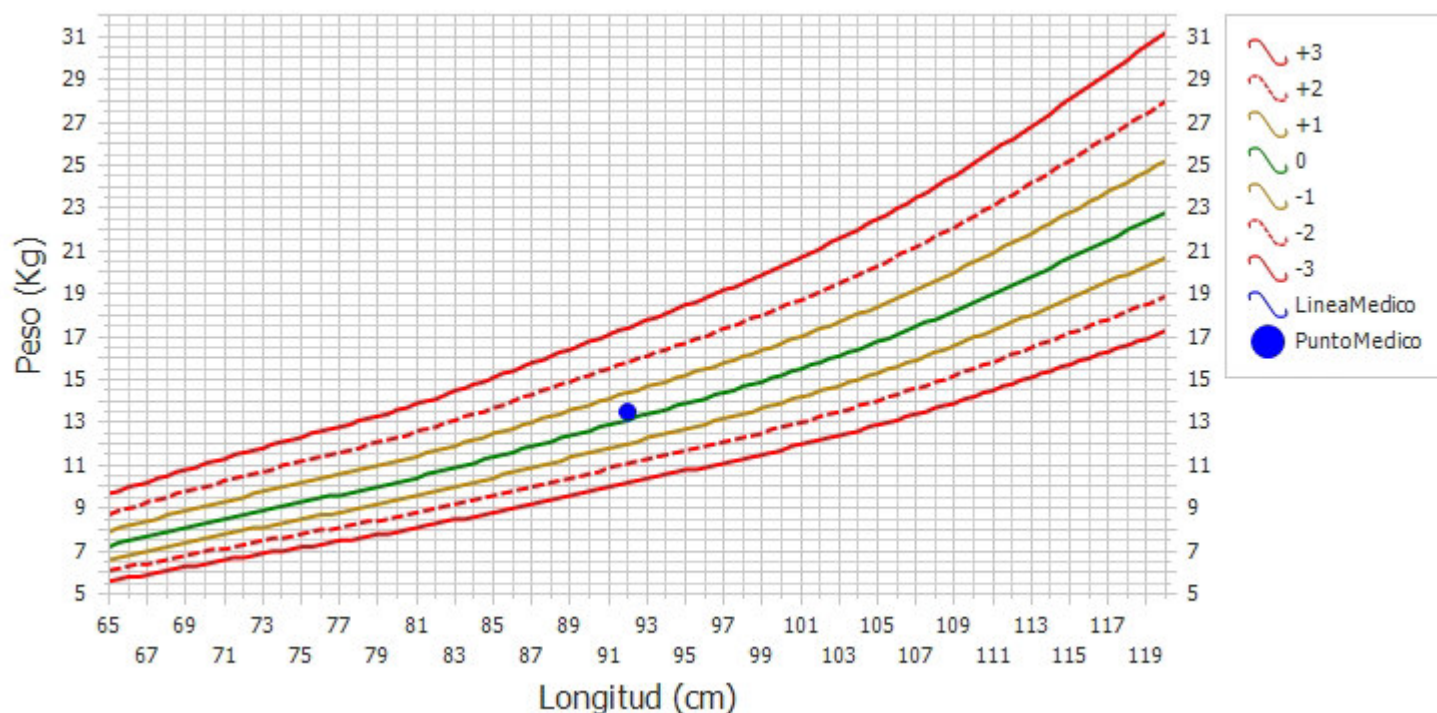
Identificación: 1300001906

Nombres: LUISA ISABELLA

Apellidos: GAMBA JIMENEZ

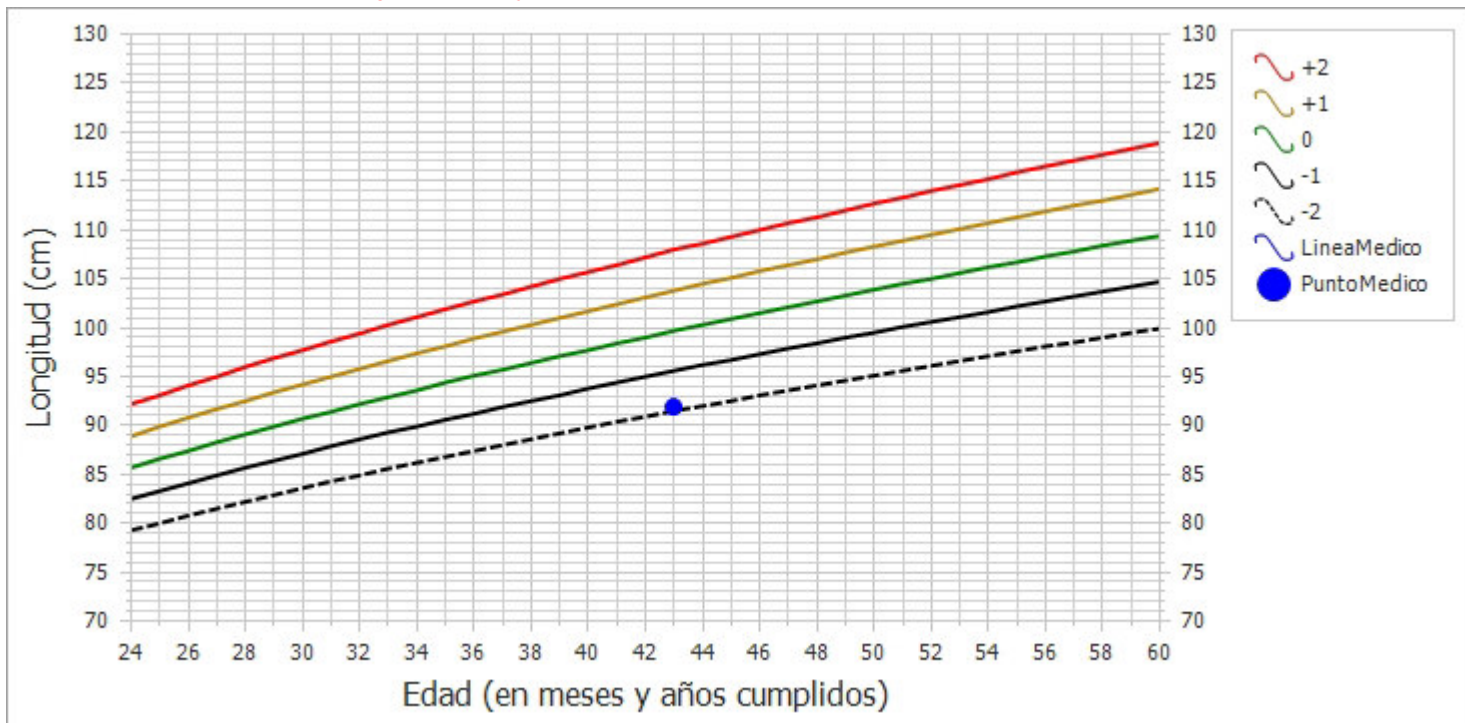
Número de folio: 1

Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - URGENCIAS OBSERVACION



#### TALLA PARA LA EDAD

Interpretación:  $\geq -2$  a  $< -1$  / Riesgo de talla baja.



Profesional: ROSA CAROLINA SILVA VALENCIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tarjeta Prof. # 1015482309

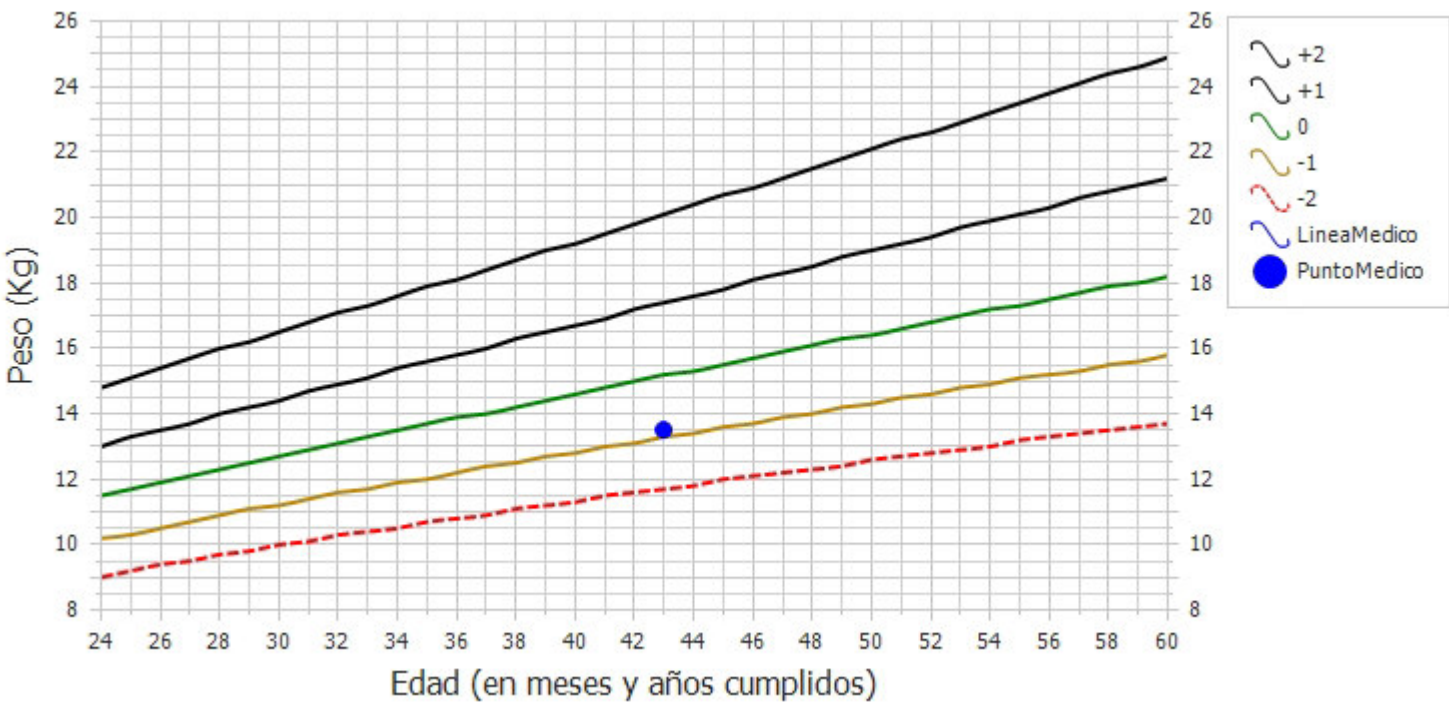
Identificación: 1300001906

Nombre: LUISA ISABELLA

Apellido: GAMBA JIMENEZ

**PESO PARA LA EDAD**

Interpretación: >=-1 a <=+1 / Peso adecuado para la edad.



**PERÍMETRO CEFÁLICO**

Interpretación: Mensaje de Alerta



Ingreso: 374349

Fecha Historia: 13/11/2024 10:41:06 a. m.

# Autorización:

Página 8/9

Fecha ingreso: 13/11/2024 10:08:56 a. m.

Causa de atención: Enfermedad general

Servicio ingreso: URGENCIAS OBSERVACION

Servicio egreso: URGENCIAS OBSERVACION

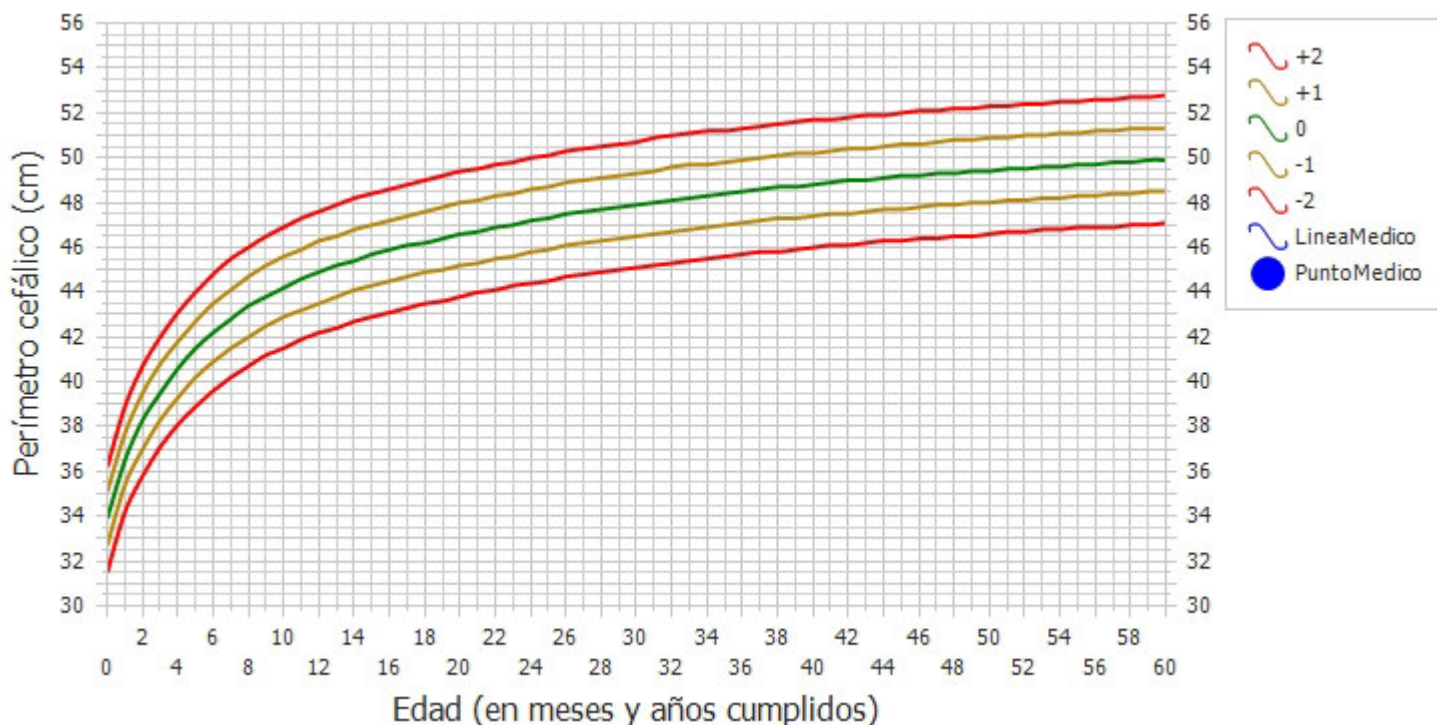
Identificación: 1300001906

Nombres: LUISA ISABELLA

Apellidos: GAMBA JIMENEZ

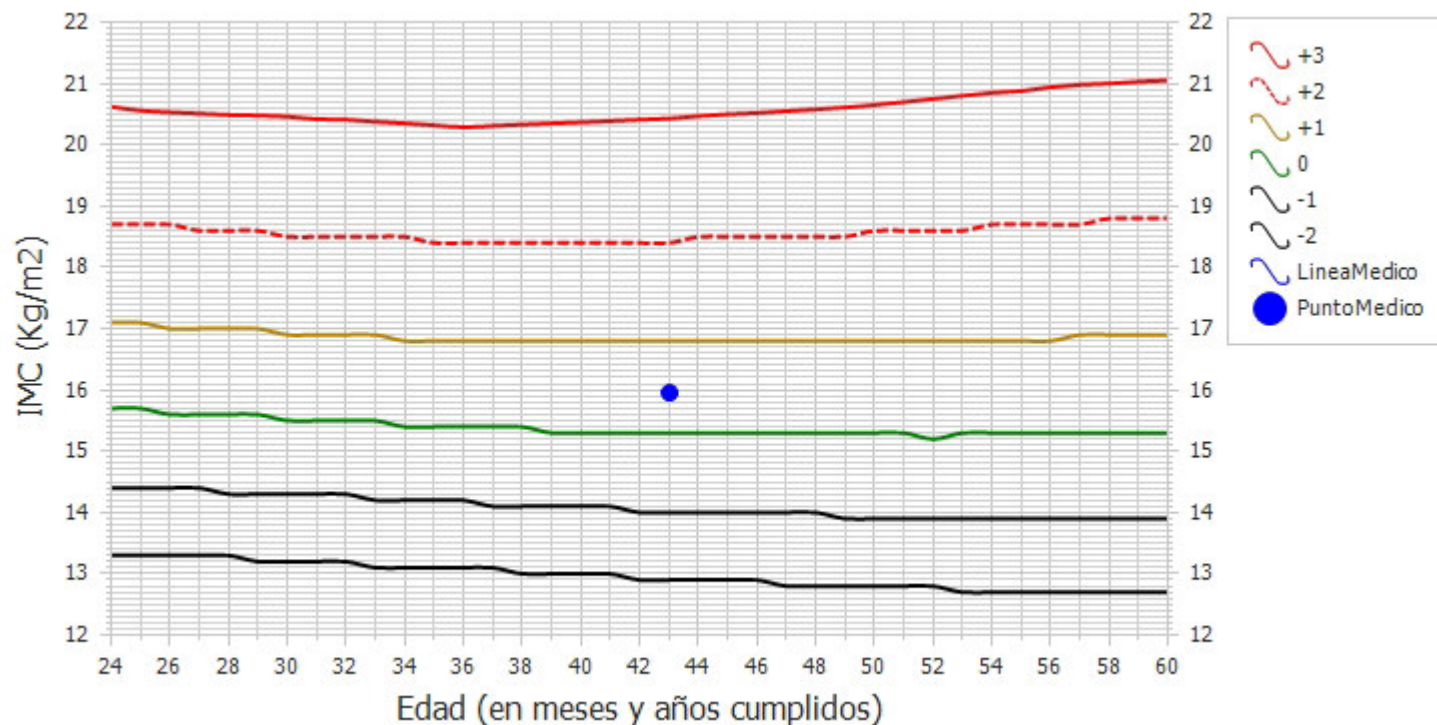
Número de folio: 1

Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - URGENCIAS OBSERVACION



#### INDICE DE MASA CORPORAL

Interpretación:  $\leq +1$  / No aplica (Verificar con P/T)



Profesional: ROSA CAROLINA SILVA VALENCIA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Tarjeta Prof. # 1015482309

Identificación: 1300001906

Nombre: LUISA ISABELLA

Apellido: GAMBA JIMENEZ

**Ingreso:** 374349

**Fecha Historia:** 13/11/2024 10:41:06 a. m.

**# Autorización:**

**Página 9/9**

**Fecha ingreso:** 13/11/2024 10:08:56 a. m.

**Causa de atención:** Enfermedad general

**Servicio ingreso:** URGENCIAS OBSERVACION

**Servicio egreso:** URGENCIAS OBSERVACION

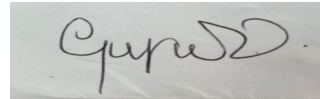
**Identificación:** 1300001906

**Nombres:** LUISA ISABELLA

**Apellidos:** GAMBA JIMENEZ

**Número de folio:** 1

**Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - URGENCIAS OBSERVACION



**Profesional:** ROSA CAROLINA SILVA VALENCIA

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

**Tipo de identificación:** CC - Cédula de Ciudadanía

**Identificación:** 1015482309

**Tarjeta Prof. #** 1015482309

**Profesional:** ROSA CAROLINA SILVA VALENCIA

**Identificación:** 1300001906

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

**Nombre:** LUISA ISABELLA

**Tarjeta Prof. #** 1015482309

**Apellido:** GAMBA JIMENEZ