



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N° IND507922

Nit860009578-6

ClienteSEGUROS DEL ESTADO

Categoria001 - FACTURA PBS

Fecha1/11/2024 2:39:06 p. m.

Forma Pago:

Estado F.E.: Valida

CUFE:ecbd6a25d655c266acafa6961da1bac61d02127bf6f1f9588385db8ade384d2ab5e48b11c03ed694ff2109b42e6435d2

Estado :

Plazo:0

Medio Pago:Crédito

Fecha Validación:1/11/2024 2:39:08 p. m.

Nit:899999123-7 - Di



Datos Cliente

G. Atención:SES001_A - SEGUROS DEL ESTADO S.A

Dirección:AV EL DORADO 68B 85

EAPB:SES001_A - SEGUROS DEL ESTADO S.A

Código EPS:P13029

Teléfono:2186977

Datos Paciente

Documento:1013112975

Paciente:HERNAN DE JESUS GUILLIN GARY

Dirección:AV CARACAS 1-65

Teléfono:0000000 - 3219352069

Tipo Paciente:

Fecha Ingreso:28/10/2024 2:49:40 p. m.

Fecha Egreso:28/10/2024 4:34:07 p. m.

Usuario:27304 - BRAYAN ROCHA

Ingreso:8C66ABAD2B

Nivel:04 - OTROS

Edad:17 años 10 meses 20 días

Centro At.:11011

U. F. Ingreso:1112010 - CONSULTA EXTERNA C.E

U. F. Egreso:1112010 - CONSULTA EXTERNA C.E

Código	Fecha	Nombre	Autoriza.	Cant.	VR. Unit.	VR. Pac.	VR. Ent.
Grupo: 002 - CONSULTAS E INTERCONSULTAS							
890322	28/10/2024	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	40521848	1	\$ 71.500	\$ 0	\$ 71.500
Total Grupo:							\$ 71.500

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 71.500
VALOR DESCUENTO ENTIDAD	\$ 0
VALOR CUOTA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	\$ 0
VALOR DESCUENTO PACIENTE	\$ 0
VALOR CXC PACIENTE	\$ 0
VALOR TOTAL FACTURA	\$ 71.500

TOTAL: SETENTA Y UN MIL QUINIENTOS COP

ELABORÓ

LIQUDACIÓN 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



**Certificado de reconocimiento de póliza de Seguro Obligatorio de
Accidentes de Tránsito- SOAT.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., hace constar que en virtud de la póliza de Seguro de Daños Corporales causados a las Personas en Accidentes de Tránsito (SOAT) No. **40521848** ha presentado la siguiente reclamación.

CONSECUTIVO	CRSOAT-10922-2024
SINIESTRO SOAT	29409/2019
FECHA DE SINIESTRO	09/02/2019
AFECTADO	1013112975-GILLIN GARY HERNAN DE JESUS
CONCEPTO	SERVICIOS DE SALUD
ESTADO	Cobertura NO Agotada

Les recordamos que la Cobertura para el amparo de Gastos Médico-Quirúrgicos y Farmacéuticos para el año en que ocurrió el accidente de tránsito es de \$22.083.093.

El Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 2644 de 2022 estableció el cálculo de las coberturas de Gastos Médicos y Gastos de Transporte en Unidades de Valor Tributario.

El monto de la cobertura máxima de Gastos Médicos, Farmacéuticos y Hospitalarios será de 263,13 UVT para las tarifas dentro de la categoría de riesgo diferencial y a 701,68 UVT para el resto de los vehículos. Decreto 2497 del 2022.

Expedida en Bogotá D.C. el 23 de octubre de 2024.

Cordialmente,

Dirección SOAT Siniestros



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

NIT: 899999123-7

SOLICITUD PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO EXTRAMURAL



Ingreso: 60173E6EDA Fecha Historia: 16/09/2024 3:55:04 p. m. Página 1/1
Número de Folio: 21 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUILLIN GARY Tipo Documento: TI Numero: 1013112975
Nombres: HERNAN DE JESUS Edad: 17 Años 09 Meses 08 Días (8/12/2006)
Dirección: AV CARACAS 1-65 - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA Sexo: MASCULINO
Teléfono: 0000000 - 3219352069 Tipo Paciente: OTRO
Entidad Responsable: SEGUROS DEL ESTADO S.A Tipo Afiliado: NO APLICA
Seguridad Social: SEGUROS DEL ESTADO S.A

PLAN DE MANEJO

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO.	No aplica	1	<input type="checkbox"/>

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
K074	MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO		<input checked="" type="checkbox"/>

Profesional: LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ

Profesional: LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ
Especialidad: ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR
Tarjeta Prof. # 52084234

SOLICITUD AYUDAS DIAGNOSTICAS EXTRAMURAL

Ingreso: 60173E6EDA Fecha Historia: 16/09/2024 3:55:04 p. m. Página 1/1
Número de Folio: 21 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUILLIN GARY Tipo Documento: TI Numero: 1013112975
Nombres: HERNAN DE JESUS Edad: 17 Años 09 Meses 08 Días (8/12/2006)
Dirección: AV CARACAS 1-65 - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA Sexo: MASCULINO
Teléfono: 0000000 - 3219352069 Tipo Paciente: OTRO
Entidad Responsable: SEGUROS DEL ESTADO S.A Tipo Afiliado: NO APLICA
Seguridad Social: SEGUROS DEL ESTADO S.A

PLAN DE MANEJO

IMAGENES DX EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Lateralidad	Fecha sugerida	Cantidad
870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAMIA].	No aplica	16/09/2024 3:40:00 p. m.	1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
K074	MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO		<input checked="" type="checkbox"/>

Profesional: LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ

Profesional: LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ
Especialidad: ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR
Tarjeta Prof. # 52084234

Ingreso: 8C66ABAD2B Fecha historia: 28/10/2024 4:24:18 p. m. # Autorización:
 Fecha ingreso: 28/10/2024 2:49:40 p. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatría
 Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E. Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E.
 Identificación: 1013112975 Nombres: HERNAN DE JESUS Apellidos: GUILLIN GARY
 Número de folio: 22 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E.

Página 1/1

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: GUILLIN GARY Tipo documento: TI Numero: 1013112975
 Nombres: HERNAN DE JESUS Edad: 17 Años 10 Meses 20 Días (8/12/2006)
 Dirección: AV CARACAS 1-65 - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA Sexo biológico: MASCULINO Género: Masculino
 Teléfono: 0000000 - 3219352069 Grupo: O RH: Positivo
 Entidad responsable: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Tipo paciente: OTRO
 Seguridad social: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Tipo afiliado: NO APLICA
 Estado civil: SOLTERO Grupo étnico:
 Profesión: NO APLICA REGISTRAR

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE-10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
K074	MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	<input checked="" type="checkbox"/>
K052	PERIODONTITIS AGUDA		Confirmado nuevo	<input type="checkbox"/>
S025	FRACTURA DE LOS DIENTES		Confirmado nuevo	<input type="checkbox"/>

OBJETIVO - ANALISIS

SUPERVISADO POR: DRA LINA ESCOBAR
 ATENDIDO POR: CAMILA CANTOR
 PACIENTE ASISTE EN BUENAS CONDICIONES. SE REALIZA REPOSICION DE 44 Y REPARACION DE 45 Y SE COLOCA CADENETA DE 13 Y 23. SE MANTIENEN ARCOS

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO.	No aplica	1	<input type="checkbox"/>

SERVICIOS DE CONTROL:

Código Servicio	Servicio
890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA.

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 30 Día(s) con la Especialidad de ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

DESTINO

SALIDA


 Profesional: LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ
 Especialidad: ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR
 Tipo de identificación: CC - Cédula de Ciudadanía
 Identificación: 52084234
 Tarjeta Profesional #: 52084234

Profesional: LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ
 Especialidad: ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR
 Tarjeta Prof. #: 52084234

Identificación: 1013112975
 Nombre: HERNAN DE JESUS
 Apellido: GUILLIN GARY



2018 12 01 DEL 2018 12 02 DEL 2019 12 01 DEL

RODRIGUEZ FLOREZ OSCAR IVAN 3208142127
CC 1069735081 10 001138144 BOGOTA D.C.

CRA 87 B N 66C - 15 SUR CASA BOGOTA D.C.
40521848 3

RESTRICCIÓN MOVILIDAD
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
FECHA MATRÍCULA
FECHA EXP. LIC. TIT.
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO
SDM - BOGOTA D.C.



LTG6001823201

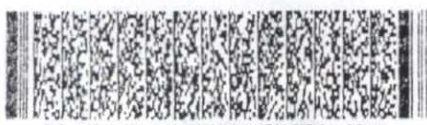


15-MAR-1991
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ M
ESTATURA S.C. SEXO
16-MAR-2009 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SANCHO TORRES



00332-644054 1342355-01

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	22-12-2029	PARTICULAR



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC06001090560

AUTOMOVILES FAMILIAR PARTICULAR 1240
PLACA No. 2019 FPK835 KIA PICANTO
G4LAJP067300 KNAB3512AKT333649
KNAB3512AKT333649 5 0.00
PRIMA SOAT 198900 99450 1900 300250

Promotec S
Corredores de Seguro
Avenida Caracas No. 294
Tel. 742 3700 Ext. 400 401 402



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017392688

PLACA FPK835 MARCA KIA LINEA PICANTO MODELO 2019
CILINDRADA CC 1.248 COLOR PLATA SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO AUTOMOVIL TIPO CARROCERIA HATCH BACK COMBUSTIBLE GASOLINA CAPACIDAD KG/PEL 5
NUMERO DE MOTOR G4LAJP067300 REG N VIN KNAB3512AKT333649
NUMERO DE SERIE REG N NUMERO DE CHASIS KNAB3512AKT333649 REG N
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES IDENTIFICACION
RODRIGUEZ FLOREZ OSCAR IVAN C.C. 1069735081

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.069.735.081
RODRIGUEZ FLOREZ
OSCAR IVAN



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 1069735081

OSCAR IVAN RODRIGUEZ FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO 15-03-1991
FECHA DE EXPEDICIÓN 27-12-2018
RESTRICCIÓN DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO SUPERIOR
SDM - BOGOTA D.C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS
CATÁSTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURÍDICAS - FUJIPS

VII DATOS DE REMISIÓN

Tipo de Referencia	Remisión	Orden de servicio	X
Fecha de Remisión		Hora	0 0 0 0
Prestador que remite			
Código de Inscripción			
Profesional que remite		Cargo	
Fecha de Aceptación		Hora	0 0 0 0
Prestador que recibe			
Código de Inscripción			
Profesional que recibe		Cargo	

VIII AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realice en ambulancias de la misma IPS.

Datos del Vehículo:	Placa	
Datos del Conductor que transporta la víctima:		
	1er Apellido	2do Apellido
	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento		No. Documento
Transporte la víctima desde		Hasta
Tipo de Transporte	Ambulancia Basica	Ambulancia Medicalizada
		Lugar donde recoge la víctima
		Zona U R

IX CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso	0 9 0 2 2 0 1 9	a las	1 6 4 7
Fecha de Egreso	1 1 0 2 2 0 1 9	a las	1 1 0 5
Código Diagnóstico Principal de Ingreso	T 0 6 8	Código Diagnóstico Principal de Egreso	T 0 6 8
Otro Código Diagnóstico de Ingreso		Otro Código Diagnóstico Principal de Egreso	
Otro Código Diagnóstico de Ingreso		Otro Código Diagnóstico Principal de Egreso	
FORESI		SAFICHEZ	
1er Apellido del Médico o Profesional tratante		2do Apellido del Médico o Profesional tratante	
MAURO		ALEJANDRO	
1er Nombre del Médico o Profesional tratante		2do Nombre del Médico o Profesional tratante	
Tipo Documento	CC	No. Documento	1 0 1 8 4 5 3 3 7 2
Cargo Profesional	MEDICO GENERAL	Numero de Registro Médico	1 0 1 8 4 5 3 3 7 2

X AMPARCOS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	\$1,991,500.00	\$0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA		

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

XI DECLARACIONES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

LUIS MARTIN GRANADA CAMACHO C.C 79.350.543

NOMBRE

LUIS MARTIN GRANADA CAMACHO
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

7/12



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS
CATÁSTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURÍDICAS - FUJIPS

VII. DATOS DE REMISIÓN

Tipo de Referencia	Remisión	Orden de servicio	X
Fecha de Remisión		Hora	0 0 0 0
Prestador que remite			
Código de Inscripción			
Profesional que remite		Cargo	
Fecha de Aceptación		Hora	0 0 0 0
Prestador que recibe			
Código de Inscripción			
Profesional que recibe		Cargo	

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

Delegar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS.

Datos del Vehículo:	Placa	
Datos del Conductor que transporta la víctima		
1er Apellido		2do Apellido
1er Nombre		2do Nombre
Tipo Documento		No. Documento
Transporta la víctima desde		Hasta
Tipo de Transporte	Ambulancia Básica	Ambulancia Medicalizada
Lugar donde recoge la víctima		Zona
		U R

IX. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso	0 9 0 2 2 0 1 9	a las	1 6 4 7
Fecha de Egreso	1 1 0 2 2 0 1 9	a las	1 1 0 5
Código Diagnóstico Principal de Ingreso	T 0 6 8	Código Diagnóstico Principal de Egreso	T 0 6 8
Otro Código Diagnóstico de Ingreso		Otro Código Diagnóstico Principal de Egreso	
Otro Código Diagnóstico de Ingreso		Otro Código Diagnóstico Principal de Egreso	
1er Apellido del Médico o Profesional tratante	FORÉS	2do Apellido del Médico o Profesional tratante	SANCHEZ
1er Nombre del Médico o Profesional tratante	MAURO	2do Nombre del Médico o Profesional tratante	ALEJANDRO
Tipo Documento	CC	No. Documento	1 0 1 8 4 9 3 3 7 2
Cargo Profesional	MEDICO GENERAL	Número de Registro Médico	1 0 1 8 4 9 3 3 7 2

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS	\$1.951.500,00	\$0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA		

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

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiación del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

LUIS MARTIN GRANADA CAMACHO C.C 79.350.543

NOMBRE

LUIS MARTIN GRANADA CAMACHO
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFOS NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)
PERSONAS NATURALES - FURPEN

IV. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado ☒ No asegurado ☐ Vehículo fantasma ☐ Póliza falsa ☐ Vehículo en fuga ☐
 Marca: KIA PICANTO Placa: FPR835
 Tipo de servicio: Particular ☒ Público ☐ Oficial ☐ Vehículo de emergencia ☐ Vehículo de servicio diplomático o consular ☐
 Vehículo de transporte masivo ☐ Vehículo escolar ☐
 Nombre de la aseguradora: Seguro del Estado
 Número de la póliza: 40521848 Intervención de autoridad ☐ SI ☒ NO
 Vigencia desde: 21/2/2019 hasta: 30/12/2019

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Rodriguez 1er Apellido Florez 2do Apellido
oscar 1er Nombre Ivan 2do Nombre
 Tipo de documento: ☒ CE ☐ PA ☐ NIT ☐ TI ☐ RC No. de documento: 1064735091
 Fecha de nacimiento: 15/03/1991 Sexo: ☒ M ☐ F
 Dirección residencia: crr 87B # 66c-15 sur Código: Teléfono o celular: 3208147127
 Departamento: Cundinamarca Código:
 Municipio: Bojotán

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

1er Apellido 2do Apellido
 1er Nombre 2do Nombre
 Tipo de documento: ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ NIT ☐ TI ☐ RC No. de documento:
 Dirección residencia:
 Departamento: Código: Teléfono o celular:
 Municipio: Código:

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al beneficio reclamado:

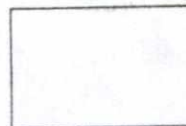
Concepto reclamado	X	Valor reclamado
Gastos funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Muerte de la Víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Incapacidad permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

IX. AMPAROS QUE RECLAMA

Juli Jose Guillén Feliza identificado con la cédula de ciudadanía No. 78036222 de Cleriza de la Cruz
 juramento que la información contenida en este documento es cierta y podrá ser verificada por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación y autorizo expresamente al médico o entidad hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Juli Jose Guillén Feliza
 Firma del reclamante

Impresión dactilar





**FUNDACION HOMI
FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
EPICRISIS**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE													
NOMBRES:		HERNAN DE JESUS		APELLIDOS:		GUILLIN GARY							
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:			I.IDENTIDAD - 1013112975										
HISTORIA CLÍNICA:		1013112975		SEXO:		MASCULINO		EDAD:		12 AÑO(S)			
DIRECCIÓN:		CRA 36 37 167		TELÉFONO:		3219352069							
DEPARTAMENTO:		CUNDINAMARCA		MUNICIPIO:		SOACHA							
CONVENIO:		SEGUROS DEL ESTADO		UBICACIÓN - CAMA Nro:				4119					
INGRESO 1a VEZ:		ZONA:		RURAL URBANA X				REINGRESO:		MAYOR 20 DÍAS MENOR 20 DÍAS			

2. INGRESO

FECHA: 2019/02/11

HORA: 19:52

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO	PRINCIPAL
W011	CAIDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENTO, CAIDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENTO, TROPEZON Y TRASPIE: INSTITUCION RESIDENCIAL	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	SI

CAUSA EXTERNA DE INGRESO: ENFERMEDAD GENERAL

3. SERVICIOS

CÓDIGO	SERVICIO	ESTANCIA
0052	HOSPITALIZACION ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	2
	TOTAL DÍAS DE ESTANCIA	2

4. TRATAMIENTO

MEDICAMENTOS					
CÓDIGO	CUM	DESCRIPCIÓN	DOSIFICACIÓN ADMINISTRADOS		DÍAS
1110010003		AGUA ESTERIL PARA INYECCION AMP X 5ML	0	1	0
1103210001		AMOXICILINA CAP X 500MG	501	4	2
1121110008		DIPIRONA AMP X 1G/2ML	800	2	1

5. APOYO DIAGNOSTICO

LABORATORIO CLINICO		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	1
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1
903833	FOSFATASA ALCALINA	1
903856	NITROGENO UREICO	1
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
905914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	1
907106	UROANALISIS	1
IMAGENES DIAGNOSTICAS		
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	1

6. RESUMEN DE ATENCIÓN

11/02/2019:

SE CONSIDERA PACIENTE DE 12 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE BICICLETA DE ALTO IMPACTO AL PERDER LOS FRENS DE BICICLETA ESTRELLANDOSE CON UN CARRO EN MOVIMIENTO, PRESENTO TRAUMA EN MENTON, PIEZAS DENTALES Y MIEMBROS INFERIORES, TUVO PERDIDA DE 1 MINUTO DEL ESTADO DE CONCIENCIA SIN RELAJACION DE ESFINTERES, CON RECUPERACION ESPONTANEA DE LA CONCIENCIA, SIN POSTERIOR FLUCTUACION DE LA MISMA, NO HA PRESENTADO SIGNOS DE ALARMA, NO MELENAS, NO HEMATURIA, NO CEFALEA, EN EL MOMENTO SOLO DOLOR A NIVEL DE APERTURA ORAL Y PIEZAS DENTALES. SE CONSIDERA PACIENTE SIN SIGNOS CLINICOS QUE MUESTREN HAYA COMPROMISO DE LA VIDA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN EMBARGO ALGICO CON POBRE TOLERANCIA A LA VIA ORAL, SE DECIDE DEJAR PACIENTE HOSPITALIZADO PARA CONTROL DEL DOLOR, PARA HIDRATACION IV POR POCA TOLERANCIA A LA VIA ORAL, SE SOLICITA INTERCONSULTA AL SERVICIO DE MAXILOFACIAL Y ODONTOPEDIATRIA POR FRACTURAS DE

PIEZAS DENTALES Y HERIDA A NIVEL DE MENTON, ADICIONALMENTE SE SOLICITA VALORACION A TRABAJO SOCIAL PARA INDAGAR NEGLIGENCIA EN LO QUE PASO CON LA FAMILIA. SE SOLICITAN LEV, MANEJO ANALGESICO, SE INDICA RX DE PIERNA IZQUIERDA PARA DESCARTAR FRACTURAS, SE DEJA DIETA LIQUIDA CLARA, POR OTRO LADO LLAMA LA ATENCION DOLOR ABDOMINAL EN HEMIABDOMEN INFERIOR SE SOLICITAN PARA CLINICOS DE EXTENSION SEGUN RESULTADOS SE CONSIDERARA TOMA DE IMAGEN ADICIONAL. SE EXPLICA AL PADRE Y AL PACIENTE QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

12/02/19:

PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN TRAUMA DENTOALVEOLAR Y FACIAL POSTERIOR ACCIDENTE DE TRÁNSITO, CON MANEJO DADO POR SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA, HERIDA EN MENTON COSTROSA, SIN SANGRADOS ACTIVOS, NI EXPOSICIÓN DE TEJIDOS BLANDOS, SIN CRITERIOS DE MANEJO POR CIERRE PRIMARIO. AL EXAMEN CLÍNICO DE TRAUMA INICIAL: SE DESCARTA CLÍNICA DE FRACTURAS DEL COMPLEJO MAXILOFACIAL. NO REQUIERE MANEJO ADICIONAL POR NUESTRO SERVICIO, SE CIERRA INTERCONSULTA.

NOTA ODONTOPEDIATRIA:

PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL ACUDIENTE SE TOMA DE RADIOGRAFIA A NIVEL DE 13 Y 11-21, SE REALIZA LECTURA DE LA MISMAS. SE COLOCA ANESTESIA 1.8 ML LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA 1

80.000, INFILTRATIVA VESTIBULAR Y PALATINA A NIVEL DE 21-11-12-13.

A NIVEL D E 13 SE LIMPIA LA ZONA PARA RETIRAR RESTOS DE COAGULOS DE LA ZONA Y EVALUAR ADECUADAMENTE. A NIVEL DE 11 SE EVIDENCIA FRACTURA VERTICAL DE CORONA CLINICA, SE LUXA CON ELEVADOR RECTO. SE DEJA TERCIO APICAL RADICULAR.

A NIVEL DE 12 SE EVIDENCIA PERDIDA DE ENCLAVIA ADHERIDA Y EXPOSICION DE CORTICAL MESIAL, POR TAL RAZON SE REALIZA COLGAJO TIPO MUCOSO DESDE 13, 12 Y 11 PARA PODER CONFRONTAR TEJIDOS. SE LAVA CONSTANTEMENTE. SE COLOCAN 4 PUNTOS DE SUTURA VICRYL 5/0. A NIVEL DE 21 SE EVIDENCIA EXPOSICION PULPAR, SE REALIZA PULPOTOMIA, SE HACE CAVIDAD CON FRESA REDONDA GRANDE A NIVEL PALATINA. SE LIMPIA CON MOTA DE ALGODON HASTA LOGRAR HEMOSTASIA. SE LIMPIA CON HIPOCLORITO AL 5%. SE DEJA MTA Y SE RECUBRE CON IONOMERO DE VIDRIO RECONSTRUCTOR. SE REALIZA PROFILAXIS DE CARAS VESTIBULARES DESDE 23 A 14. SE COLOCA ADHESIVO EN 23-22-21-12-14, SE FOTOPOLIMERIZA. SE COLOCA FERULA SEMIRIGIDA Y SE FIJA CON RESINA B1 /Z250/3M POR INCREMENTOS Y

SE POLIMERIZA. SE DAN INDICACIONES AL PADRE Y AL PACIENTE SOBRE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS. REALIZADOS DURANTE LA CONSULTA. SE DEJA CON PRONSTICO RESERVADO 21 Y 11. SE DAN INDICACIONES DE HIGIENE ORAL, DEBE SEGUIR BAJO CONTROL DE ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA. SE RECOMIENDA DIETA BLANDA POR EL DIA DE HOY. REALIZAR HIGIENE ORAL EL DIA DE HOY. SE HARA SEGUIMIENTO POR ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA, PARA SUPERVISAR EVOLUCION

13/02/19:

HERNAN DE 12 AÑOS CON DIAGNOSTICOS ANTERIORMENTE MENACIONADOS CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, CONTROL Y MODULACION DEL DOLOR A NIVEL DENTAL. VALORADO YA DE FORMA INTEGRAL POR SERVICIO DE CIRUGIA MAXILO FACIAL. QUIENES DESCARTAN FRACTURAS A NIVEL DEL PROCESO MAXILOFACIAL SIN REQUERIMIENTO DE CORRECCIONES QUIRURGICAS, VALORADO ADEMAS POR SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA QUIENES REALIZAN INTERVENCION ACORDE A HALLAZGOS DE FRACTURA DENTAL DE 11, 21 Y 12 CON TRAUMA DE TEJIDOS PERIODONTALES DEL 13, 12 Y 22, TRAUMA EN ENCLAVIA ADYACENTE A PIEZA DENTAL DE 11 CON RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN ESPERA DE CONTROL DE SIGNOS DE INFLAMACION PARA CONTINUIDAD DE MANEJO MEDICO. SE CONTINUÓ DESDE EL DIA DE AYER SEGUIMIENTO MEDICO POR DOLOR MODERADO REFERIDO CON EL PACIENTE. AL EXAMEN FISICO DE HOY PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN DOLOR DENTAL CON ADECUADA TOLERANCIA

A LA VIA ORAL. SE REVISAN REPORTES DE PARA CLINICOS COMPLEMENTARIOS ORDENADOS SIN ALTERACIONES. NIEGA DOLOR ABDOMINAL O LIMITACIONES PARA EL MOVIMIENTO, NO CEFALEA NI CAMBIOS EN COMPORTAMIENTO. SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL VALORÓ PACIENTE EN DONDE NO DETECTAN CONDUCTAS DE NEGLIGENCIA POR PARTE DE LOS PADRES EN EL MOMENTO DE CONSULTA MEDICA. SE CONSIDERA A PACIENTE SE PUEDE DAR EGRESO MEDICO CONTINUANDO ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMOXACILINA ORDENADA HASTA COMPLETAR 7 DIAS, SE ENTREGA ORDEN DE CITA CONTROL ODONTOPEDIATRIA, SE EXPIDE INCAPACIDAD MEDICA POR 4 (CUATRO) DIAS ADICIONALES, SE RECUERDAN MEDIDAS DE HIGIENE BUCAL Y LIMPIEZA DE PIEZAS DENTALES RESIDUALES. SE EXPLICAN CLAROS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. MADRE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

7. DESTINO

VIVO	<input checked="" type="checkbox"/>	MUERTO	-	
DESTINO:		AUTOPSIA	-	PACIENTE FUGADO
		MEDICINA LEGAL	-	

Médico que registra: BUITRAGO RODRIGUEZ TATIANA MELISSA - Registro Prof: 1020742444

X

ABRIL RODRIGUEZ LUDY DAYANA

1052396804

MÉDICO

FIRMA

REGISTRO MEDICO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFAS NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)
PERSONAS NATURALES - PURPEN

IV. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado ☒ No asegurado ☐ Vehículo fantasma ☐ Póliza falsa ☐ Vehículo en fuga ☐
 Marca: KIA PICANTO Placa: FPK835
 Tipo de servicio: Particular ☒ Público ☐ Oficial ☐ Vehículo de emergencia ☐ Vehículo de servicio diplomático o consular ☐
 Vehículo de transporte masivo ☐ Vehículo escolar ☐
 Nombre de la aseguradora: Seguro del Estado
 Número de la póliza: 40521848 Intervención de autoridad ☐ SI ☒ NO
 Vigencia desde: 12/2007 hasta: 12/2007

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Rodriguez 1er Apellido
 Florez 2do Apellido
 Oscar 1er Nombre
 Ivan 2do Nombre
 Tipo de documento: ☒ CE ☐ PA ☐ NIT ☐ TI ☐ RC No. de documento: 1069735091
 Fecha de nacimiento: 12/03/1981 Sexo: ☒ M ☐ F
 Dirección residencial: carr 87B # 66C-15 Sur
 Departamento: Cundinamarca Código: 33 Teléfono ó celular: 7208142127
 Municipio: Bogotá Código: 330000

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

1er Apellido
 2do Apellido
 1er Nombre
 2do Nombre
 Tipo de documento: ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ NIT ☐ TI ☐ RC No. de documento:
 Dirección residencial:
 Departamento:
 Municipio:
 Código:
 Teléfono ó celular:
 Código:

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al beneficio reclamado:

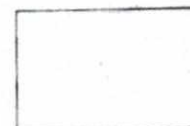
Concepto reclamado	X	Valor reclamado
Gastos funerarios	<input checked="" type="checkbox"/>	
Muerte de la Víctima	<input type="checkbox"/>	
Incapacidad permanente	<input type="checkbox"/>	

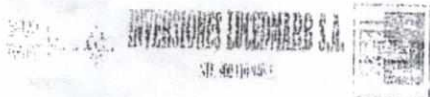
IX. AMPAROS QUE RECLAMA

Identificado con la cédula de ciudadanía No. 78036222, George de la Cruz, declaro bajo la gravedad del juramento que la información contenida en este documento es cierta y podrá ser verificada por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación y autorizo expresamente al médico o entidad Hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

George de la Cruz
Firma del reclamante

Impresión dactilar





INVERSIONES LUCEDMAR S.A.
NIT - 900110940-5
TODO UN EQUIPO HUMANO TRABAJANDO POR SU SALUD
CRA 7B No 7-129 - 8400347 - Sibate - Colombia

EPICRISIS

Nombre Paciente: HERNAN DE JESUS GUILLIN GARY

Identificacion: TI 1013112975

Fecha Ingreso: 09/02/2019 04:46 PM

Fecha Egreso: 11/02/2019 11:05 AM

Edad: 13 AÑOS

Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Convenio: SEGUROS DEL ESTADO S.A. SOAT

Categoría: SOAT

Rango: Otro

INGRESO :

Diagnosticos de ingreso :

T068 Otros traumatismos especificados que afectan multiples regiones del cuerpo

Anamnesis

Estado Conciencia:

Alerta

Sexo:

Masculino

Motivo de Consulta:

* ACCIDENTE DE TRANSITO *

Enfermedad Actual:

PACIENTE EN COMPAÑIA DE PADRE CON CUADRO CLINICO DE 4 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE BICICLETA, CON POSTERIOR IMPACTO CON BUSETA Y TRAUMA E FACIAL.

Antecedentes Personales

Patologicos:	niega
Quirurgicos:	niega
Hospitalarios:	niega
Toxicos:	niega
Farmacologicos:	NIEGA
Alergicos:	
Hemoclasificacion:	No Reporta

Examen Fisico

FC: 90XMIN FR: 20XMIN T: 36 Centigrados TA: 100/60 Sat: 96% Peso: 43 Kilogramos

Estado General:

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Piel y Fareas:

NORMAL

Cabeza Cuello:

NORMOCEFALICO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOMEGALIAS, LUZACION DE DIENTES NUMERO 11, 12, 21, 22, 41, 31. SANGRADO ABUNDANTE POR CAVIDAD ORAL

Torax corazon pulmones:

TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS.

Abdomen:

ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN IRRITACION PERITONEAL, SIN VISCEROMEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.

Extremidades:

EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.

Columna:

QUINTERO530

Analisis: PACIENTE MASCULINO CON TRAUMA FACIAL, PERDIDA DE PIEZA DENTARIA, SIN ADECUADA MODULACION DE DOLOR, EN MANEJO ANTIBIOTICO, CLINICAMENTE ESTABLE, CON REPORTE DE TAC ANTERIORMENTE REPORTADO QUIEN REQUIERE MANEJO POR ESPECIALIDAD POR LO CUAL SE INSISTE EN REMISION, SE EXPLICA A PFAMILAIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Plan: CONTINUAR ORDENES MEDICAS PREVIAS
MANEJO ANTIMICROBIANO

Medico: MAURO ALEJANDRO FORESI SANCHEZ Registro Medico :1018493372 Medicina de Urgencias

Fecha: 11/02/2019 07:44:34 AM

Subjetivo: PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE:
1 PRODUCTO DE EVENTO DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE BICICLETA
1.1 TRUAMA FACIAL
1.2 PERDIDA DE CANINO DERECHO
1.3 TRAUMA EN ENCIAS SUPERIOR
S/ REFIERE LEVE DOLOR Y SANGRADO EN REGION DENTARIA SUPERIOR. DIURESIS Y DEPOSICIONES DENTRO DE LIMITES NORMALES

Objetivo: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL. ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PIEL: NORMAL
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALICO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOMEGALIAS. EDEMA EN REGION FACIAL INFERIOR DERECHA Y LABIAL, ESTIGMAS DE SANGRADO EN CAVIDAD ORAL. TORAX SIMETRICO. NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN IRRITACION PERITONEAL, SIN VISCEROMEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.
COLUMNA-DORSO: NORMAL
NEUROLOGICO: ALERTA, ATENTO, COMPRENDE, LENGUAJE CONSERVADO, SIN DEFICIT DE PARES CRANEALES, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN SIGNOS MENINGEOS, MARCHA NORMAL, REFLEJOS MUSCULOTENDINOSOS
++/+++ EN LAS 4 EXTREMIDADES, SISTEMA CEREBELOSO NORMAL.
GENITALES: NORMOCONFIGURADOS.

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO IRRITACION PERITONEAL, NO DEFICIT NEUROLOGICO A LA ESPERA DE RESPUESTA DE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO CON CIRUGIA MEXILOFACIAL.

Plan: P/ REMISION

Medico: JUAN FELIPE SANCHEZ VERGARA Registro Medico :1020774936 Medicina de Urgencias

Fecha: 11/02/2019 11:00:38 AM

Subjetivo: PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE:
1 PRODUCTO DE EVENTO DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE BICICLETA
1.1 TRUAMA FACIAL
1.2 PERDIDA DE CANINO DERECHO
1.3 TRAUMA EN ENCIAS SUPERIOR
S/ REFIERE MEJORIA DE CUADRO CLINICO. MODULACION DE DOLOR, AFEBRIL. DISURIA Y DEPOSICIONES DENTRO DE LIMITES NORMALES.

Objetivo: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL. ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PIEL: NORMAL
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALICO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOMEGALIAS.
TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN IRRITACION PERITONEAL, SIN VISCEROMEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.
COLUMNA-DORSO: NORMAL
NEUROLOGICO: ALERTA, ATENTO, COMPRENDE, LENGUAJE CONSERVADO, SIN DEFICIT DE PARES CRANEALES, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN SIGNOS MENINGEOS, MARCHA NORMAL, REFLEJOS MUSCULOTENDINOSOS
++/+++ EN LAS 4 EXTREMIDADES, SISTEMA CEREBELOSO NORMAL.
GENITALES: NORMOCONFIGURADOS.

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SE REALIZA REVISION DE TAC DE CRANEO Y CARA EL CUAL NO MUESTRA TRAZOS DE FRACTURA. DADA LA NEGATIVA DE ASEGURADORA A TRASLADO PARA VALORACION POR MAXILOFACIAL SE DECIDE DAR EGRESO PARA CONTINUAR TRAMITES DE MANERA AMBULATORIA. PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO IRRITACION PERITONEAL, NO DEFICIT NEUROLOGICO. PATOLOGIA ACTUAL NO REQUIERE MANEJO NI ESTUDIOS ADICIONALES INTRAHOSPITALARIOS. SE DECIDE DAR EGRESO CON MANEJO MEDICO AMBULATORIO, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Plan: EGRESO.

Medico: JUAN FELIPE SANCHEZ VERGARA Registro Medico :1020774936 Medicina de Urgencias

EGRESO

Fecha Alta: 11/02/2019 11:05:28 AM

Diagnosticos:

T068 Otros traumatismos especificados que afectan multiples regiones del cuerpo

Tipo Alta: Alta

Condiciones de Egreso: PACIENTE QUE SALE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA


C.C. 1020774936

JUAN FELIPE SANCHEZ VERGARA CC 1020774936 N° de registro: 1020774936 Medicina de Urgencias

Análisis: PACIENTE MASCULINO CON TRAUMA FACIAL, PERDIDA DE PIEZA DENTARIA, SIN ADECUADA MODULACION DE DOLOR, EN MANEJO ANTIBIOTICO, CLINICAMENTE ESTABLE, CON REPORTE DE TAC ANTERIORMENTE REPORTADO QUIEN REQUIERE MANEJO POR ESPECIALIDAD POR LO CUAL SE INSISTE EN REMISION, SE EXPLICA A PFAMILAIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Plan: CONTINUAR ORDENES MEDICAS PREVIAS
MANEJO ANTIMICROBIANO

Medico: MAURO ALEJANDRO FORESI SANCHEZ Registro Medico :1018493372 Medicina de Urgencias

Fecha: 11/02/2019 07:44:34 AM

Subjetivo: PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE:
1. PRODUCTO DE EVENTO DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE BICICLETA
1.1 TRUAMA FACIAL
1.2 PERDIDA DE CANINO DERECHO
1.3 TRAUMA EN ENCIAS SUPERIOR
S/ REFIERE LEVE DOLOR Y SANGRADO EN REGION DENTARIA SUPERIOR, DIURESIS Y DEPOSICIONES DENTRO DE LIMITES NORMALES

Objetivo: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PIEL: NORMAL
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALICO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOMEGALIAS, EDEMA EN REGION FACIAL INFERIOR DERECHA Y LABIAL, ESTIGMAS DE SANGRADO EN CAVIDAD ORAL, TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN IRRITACION PERITONEAL, SIN VISCEROMEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.
COLUMNA-DORSO: NORMAL
NEUROLOGICO: ALERTA, ATENTO, COMPRENDE, LENGUAJE CONSERVADO, SIN DEFICIT DE PARES CRANEALES, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN SIGNOS MENINGEOS, MARCHA NORMAL, REFLEJOS MUSCULOTENDINOSOS +++++ EN LAS 4 EXTREMIDADES, SISTEMA CEREBELOSO NORMAL.
GENITALES: NORMOCONFIGURADOS.

Análisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO IRRITACION PERITONEAL, NO DEFICIT NEUROLOGICO. A LA ESPERA DE RESPUESTA DE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO CON CIRUGIA MAXILOFACIAL.

Plan: P/ REMISION

Medico: JUAN FELIPE SANCHEZ VERGARA Registro Medico :1020774936 Medicina de Urgencias

Fecha: 11/02/2019 11:00:38 AM

Subjetivo: PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE:
1. PRODUCTO DE EVENTO DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE BICICLETA
1.1 TRUAMA FACIAL
1.2 PERDIDA DE CANINO DERECHO
1.3 TRAUMA EN ENCIAS SUPERIOR
S/ REFIERE MEJORIA DE CUADRO CLINICO, MODULACION DE DOLOR, AFEBRIL, DISURIA Y DEPOSICIONES DENTRO DE LIMITES NORMALES.

Objetivo: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PIEL: NORMAL
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALICO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOMEGALIAS, EDEMA EN REGION FACIAL INFERIOR DERECHA Y LABIAL, ESTIGMAS DE SANGRADO EN CAVIDAD ORAL, TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN IRRITACION PERITONEAL, SIN VISCEROMEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.
EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.
COLUMNA-DORSO: NORMAL
NEUROLOGICO: ALERTA, ATENTO, COMPRENDE, LENGUAJE CONSERVADO, SIN DEFICIT DE PARES CRANEALES, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA, SIN SIGNOS MENINGEOS, MARCHA NORMAL, REFLEJOS MUSCULOTENDINOSOS +++++ EN LAS 4 EXTREMIDADES, SISTEMA CEREBELOSO NORMAL.
GENITALES: NORMOCONFIGURADOS.

Análisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SE REALIZA REVISION DE TAC DE CRANEO Y CARA EL CUAL NO MUESTRA TRAZOS DE FRACTURA, DADA LA NEGATIVA DE ASEGURADORA A TRASLADO PARA VALORACION POR MAXILOFACIAL SE DECIDE DAR EGRESO PARA CONTINUAR TRAMITES DE MANERA AMBULATORIA, PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO IRRITACION PERITONEAL, NO DEFICIT NEUROLOGICO, PATOLOGIA ACTUAL NO REQUIERE MANEJO NI ESTUDIOS ADICIONALES INTRAHOSPITALARIOS, SE DECIDE DAR EGRESO CON MANEJO MEDICO AMBULATORIO, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA A PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Plan: EGRESO.

Medico: JUAN FELIPE SANCHEZ VERGARA Registro Medico :1020774936 Medicina de Urgencias

EGRESO

Fecha Alta: 11/02/2019 11:05:28 AM

Diagnosticos:

T068 Otros traumatismos especificados que afectan multiples regiones del cuerpo

Tipo Alta: Alta

Condiciones de Egreso: PACIENTE QUE SALE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA


JUAN FELIPE SANCHEZ VERGARA
CC: 1020774936

JUAN FELIPE SANCHEZ VERGARA CC 1020774936 N° de registro: 1020774936 Medicina de Urgencias



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS
DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACIÓN

No. Radicado Anterior		Respuesta a Glosa		No Factura / Cuenta Cobro	IND507922
No Consecutivo Reclamación					

II. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social	FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA		
Código Habilitación:	1100105681-01	Nit	8999999123
Dirección	Avenida Carrera 14 No 1-65		
Departamento	Bogotá D.C.		
Código	11	Teléfono	6013811970
Municipio	Bogotá D.C.		
Código	001		

III. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Primer. Apellido	GUILLIN	Segundo Apellido	GARY
Primer. Nombre	HERNAN	Segundo Nombre	DE JESUS
Tipo de Documento	TI	No. Documento	1013112975
Fecha Nacimiento	08/12/2006	Fecha Fallecimiento	
Sexo	M	Dirección Residencia	AV CARACAS 1-65
Código Departamento	11	Código Municipio	001
Teléfono	3219352069	Condición de la Víctima	3

IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Naturaleza del evento	01		
Descripción del otro evento	PACIENTE QUE IBA EN BICICLETA PERDIO FRENOS ESTRELLANDOSE CON CARRO EN MOVIMIENTO PRESENTO TRAUMA EN MENTON Y PIEZAS DENTALES.		
Dirección de ocurrencia del evento	VEREDA SANTA BARBARA		
Fecha ocurrencia evento	25/03/2024	Hora ocurrencia evento	13:55
Código del departamento de ocurrencia del evento	41	Código del municipio de ocurrencia del evento	001
Zona de ocurrencia del evento	R		



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS
DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

V. DATOS DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento	1	Marca	KIA PICANTO
Placa	FPK835	Tipo de Vehículo	9
Código de la aseguradora	AT1329	Número de póliza SOAT	40521848
Fecha de inicio de vigencia de la póliza	02/12/2018	Fecha final de vigencia de la póliza	1/12/2019
Número de radicado SIRAS (id_atencion)	59433ed12c1122d4	Cobro por agotamiento tope Aseguradora	0

VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA

Código CUPS de servicio principal de hospitalización		Complejidad del procedimiento quirúrgico	
Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal		Código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario	
Se presto servicio UCI	0	Días de UCI reclamados	

VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Primer apellido del propietario o razón social en caso de empresa.	RODRIGUEZ	Segundo apellido del propietario	FLOREZ
Primer nombre del propietario	OSCAR	Segundo nombre del propietario	IVAN
Tipo de documento de identidad del propietario	CC	Número de documento de identidad del propietario	1069735081
Dirección de residencia del propietario	CARRERA 87B #66C-15 SUR		
Teléfono de residencia del propietario	3208142127	Código del departamento de residencia del propietario	11
Código del municipio de residencia del propietario	001		

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Primer apellido del propietario o razón social en caso de empresa.	RODRIGUEZ	Segundo apellido del propietario	FLOREZ
Primer nombre del propietario	OSCAR	Segundo nombre del propietario	IVAN
Tipo de documento de identidad del propietario	CC	Número de documento de identidad del propietario	1069735081
Dirección de residencia del propietario	CARRERA 87B #66C-15 SUR		
Teléfono de residencia del propietario	3208142127	Código del departamento de residencia del propietario	11
Código del municipio de residencia del propietario	001		



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS
DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia		Fecha de remisión		Hora salida	
Código de habilitación del prestador de servicios de salud remitente					
Profesional que remite				Cargo de la persona que remite	
Fecha de ingreso		Hora			
Código de habilitación del prestador de servicios de salud que recibe					
Profesional que recibe					
Placa ambulancia que realiza el traslado interinstitucional					

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VÍCTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)			
Placa ambulancia traslado primario			
Transporto la víctima desde		Hasta	
Tipo de servicio del transporte			
Zona donde recoge la Víctima			

XI. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso	05/08/2024	Hora	16:45
Fecha de Egreso	05/08/2024	Hora	17:11
Código Diagnóstico principal de Ingreso	S526		
Código de diagnóstico de ingreso asociado 1		Código de diagnóstico de ingreso asociado 2	
Código diagnóstico principal de egreso	S526		
Código de diagnóstico de egreso asociado 1		Código de diagnóstico de egreso asociado 2	

XII. DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD DE LA SALUD

Primer Apellido del Médico o Profesional de la Salud	ESCOBAR	Segundo Apellido del Médico o Profesional de la Salud	MARQUEZ
Primer Nombre del Médico o Profesional de la Salud	LINA	Segundo Nombre del Médico o Profesional de la Salud	MARIA
Tipo Documento	CC	No. Documento	52084234
Número de Registro Médico	52084234		



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS
DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

XIII. AMPAROS QUE RECLAMA

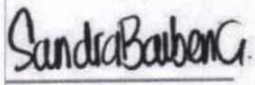
	Valor Total Facturado	Valor Total Reclamado
Gastos Médicos Quirúrgicos	71500	71500
Gastos Transporte y Movilización de la Víctima	0	0

XIV CONFIRMACIÓN SERVICIOS HABILITADOS

Manifestación de servicios habilitados (1)

Descripción de evento	PACIENTE QUE IBA EN BICICLETA PERDIO FRENOS ESTRELLANDOSE CON CARRO EN MOVIMIENTO PRESENTO TRAUMA EN MENTON Y PIEZAS DENTALES.
-----------------------	--

La IPS reclamante y quien la representa legalmente, certifica que los servicios facturados se encuentran habilitados para la fecha de prestación de servicio y que fueron prestados al paciente.

Nombre SANDRA BARBERI GIRALDO	Firma Representante Legal, Gerente o su Delegado 
----------------------------------	--

Ingreso: 8C66ABAD2B Fecha historia: 28/10/2024 4:24:18 p. m. # Autorización: Página 1/1
Fecha ingreso: 28/10/2024 2:49:40 p. m. Causa de atención: Enfermedad general pediatría
Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E Servicio egreso: CONSULTA EXTERNA C.E
Identificación: 1013112975 Nombres: HERNAN DE JESUS Apellidos: GUILLIN GARY
Número de folio: 22 Ubicación: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos:	GUILLIN GARY	Tipo documento:	TI	Numero:	1013112975
Nombres:	HERNAN DE JESUS	Edad:	17 Años 10 Meses 20 Dias (8/12/2006)		
Dirección:	AV CARACAS 1-65 - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA	Sexo biológico:	MASCULINO	Género:	Masculino
Teléfono:	0000000 - 3219352069	Grupo:	O	RH:	Positivo
Entidad responsable:	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Tipo paciente:	OTRO		
Seguridad social:	SEGUROS DEL ESTADO S.A	Tipo afiliado:	NO APLICA		
Estado civil:	SOLTERO	Grupo étnico:			
Profesión:	NO APLICA REGISTRAR				

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE-10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
K074	MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO		Confirmado repetido	<input checked="" type="checkbox"/>
K052	PERIODONTITIS AGUDA		Confirmado nuevo	<input type="checkbox"/>
S025	FRACTURA DE LOS DIENTES		Confirmado nuevo	<input type="checkbox"/>

OBJETIVO - ANALISIS

SUPERVISADO POR: DRA LINA ESCOBAR
ATENDIDO POR: CAMILA CANTOR
PACIENTE ASISTE EN BUENAS CONDICIONES. SE REALIZA REPOSICION DE 44 Y REPARACION DE 45 Y SE COLOCA CADENETA DE 13 Y 23. SE MANTIENEN ARCOS

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Lateralidad	Cantidad	en Sitio
893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO.	No aplica	1	<input type="checkbox"/>

SERVICIOS DE CONTROL:


Código Servicio	Servicio
890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA.

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 30 Día(s) con la Especialidad de ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

DESTINO

SALIDA


TP: 52084234
Profesional: LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ
Especialidad: ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR
Tipo de identificación: CC - Cédula de Ciudadanía
Identificación: 52084234
Tarjeta Profesional #: 52084234

Profesional:	LINA MARIA ESCOBAR MARQUEZ	Identificación:	1013112975
Especialidad:	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR	Nombre:	HERNAN DE JESUS
Tarjeta Prof. #	52084234	Apellido:	GUILLIN GARY