



LIYER CAMILA CAMPOS LOPEZ

670

CC: 1070385026



Fecha y hora de emisión: FUNZA, miércoles, 18 de agosto de 2021 20:38:37

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.070.385.026

## DATOS PERSONALES

|                    |                                                                 |           |                                                                     |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------|
| Nombre y apellidos | LIYER CAMILA CAMPOS LOPEZ                                       |           |                                                                     |
| Identificación     | TI 1.070.385.026                                                | Edad:     | 6 años, 11 meses y 18 días                                          |
| Nacimiento         | BOGOTA (CUNDINAMARCA) domingo, 31 de agosto de 2014             |           |                                                                     |
| Residencia         | FUNZA Dirección: CR 2 N 21 55 Teléfono: 8236382                 |           |                                                                     |
| Ocupación          | HOGAR                                                           |           |                                                                     |
| Responsable        | HERNAN LOPEZ Parentesco: ABUELO Teléfono: 3134348711            |           |                                                                     |
| Compañante         | Parentesco: Teléfono:                                           |           |                                                                     |
| Entidad            | ALCALDIA EPS: EPS008 - COMPESAR EPS Tipo afiliación: PARTICULAR |           |                                                                     |
| Estado civil:      | SOLTERO (G.S. y RH: )                                           | Religión: | [Estrato: ] Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) Género: Femenino |

FECHA CONSULTA: sábado, 7 de agosto de 2021 7:55:40 p. m. - EDAD: 6 años, 11 meses y 15 días

## VOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 1

CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA

Electro estimulador: 12-15 MIN

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: terapéuticas, dorsiflexión, Inver y ever

TECNICAS: FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos, Pasivos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducción de marcha, Higiene postural

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia física domiciliar por continuidad a la valoración inicial se evidencia:

Paciente no refiere dolor

Rangos de movilidad activa limitados para articulación de cuello de pie derecho dorsiflexión, plantiflexión, inversión y evasión de 0°

Retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps

Desempeño muscular de 2+/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de hemicuerpo derecho

No se evidencia edema ni inflamación

Trofismo muscular sin alteración

No se evidencia alteración moderada en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha

Paciente quien realiza patrón de marcha con ayuda técnica de caminador y supervisión constante

Paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

## AGNÓSTICOS

Principal: T905-SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Tratamiento: (a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: lunes, 9 de agosto de 2021 7:58:09 p. m. - EDAD: 6 años, 11 meses y 15 días

## VOLUCION TERAPEUTICA

Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 2

CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA

Electro estimulador: 12-15 MIN

ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES

Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores

ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES

Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Flexores, Extensores Cuello pie: terapéuticas, Dorsiflexión, Inver y ever

TECNICAS: ROOD, FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducción de marcha, Higiene postural

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna

**DIAGNÓSTICOS**

Principal: T905-SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Dr.(a): SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 13 de agosto de 2021 8:25:06 p. m. - EDAD: 6 años, 11 meses y 18 días

**EVOLUCION TERAPEUTICA**

Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 6

CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA

Electro estimulador: 12-15 MIN

**ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES**

Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación

**ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES**

Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Inver y ever, terapéuticas

Dorsiflexión, Inver y ever, terapéuticas

TECNICAS: FNP

**EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR**

Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Reeducción de marcha, Higiene postural

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

**DIAGNÓSTICOS**

Principal: T905-SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO

Dr.(a): SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 14 de agosto de 2021 8:27:35 p. m. - EDAD: 6 años, 11 meses y 18 días

**EVOLUCION TERAPEUTICA**

Hora de ingreso: 11 Hora de salida: 12 No. de sesión: 7

CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas

TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA

Electro estimulador: 12-15 MIN

**ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES**

Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación

Mano: Flexores, Extensores

**ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES**

Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Inver y ever

Dorsiflexión, Inver y ever

TECNICAS: FNP

OTROS PROCEDIMIENTOS: Fortalecimiento muscular con banda elástica color verde

**EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR**

Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios isotónicos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de equilibrio, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Reeducción de marcha, Higiene postural

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliar a la valoración evidencia:

- Paciente quien no refiere dolor
- Paciente alerta y orientada en sus tres esferas superiores
- Aumentaron rangos de movilidad para articulación de cuello de pie derecho dorsiflexión, plantiflexión, inversión y evasión de 10°
- Paciente quien ya realiza de forma activa flexo-extensión de metatarsianos de pie derecho
- Retracciones musculares continúan moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y leves para cuádriceps de forma bilateral
- Aumento desempeño muscular a 3-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de hemicuerpo derecho
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Mejoro moderadamente equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Paciente quien realiza patrón de marcha dentro de su hogar de forma independiente y sin ayudas técnicas

Se recomienda control con médico tratante, seguir realizando los ejercicios en casa y continuar con Fisioterapia

El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI

**DIAGNÓSTICOS**

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 1.070.385.026 LIYER CAMILA CAMPOS LOPEZ (4 Página(s), con 7 consulta(s))

Diagnóstico: T905-SECUELAS DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL Tipo: CONFIRMADO NUEVO  
Paciente: SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FT. Sindy Remández  
R.M. 29562  
 HUMANA-VITAL  
Especialistas en Fisioterapia  
NIT 900 217 648

| NOMBRE DEL PACIENTE:     |          | DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lily Camila Campos López |          | 1070385026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| A                        | HORA     | EVOLUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 28/11                    | 11:00 AM | Paciente quien inicia codo de histopexia por continuidad, a la valoración inicial se evidencia: paciente quien no refiere dolor, rangos de movilidad conservados en tronco superior y miembros inferiores de forma bilateral, amputación de codo de pie derecho no presenta movilidad activa, permanece quietud en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha, paciente quien dentro de la casa realiza patrón de marcha en asistencia, hace uso de silla de ruedas para desplazamientos largos en exteriores y traslado. Sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Em: 02452 |
| 28/11                    | 11:00 AM | Se realizan ejercicios de movilidad articular en manos y muñeca de forma activa, movilidad pasiva en codo de pie derecho, después de peso, reeducación del patrón de marcha, electroestimulación con TENS en miembros inferiores derecho, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Em: 02452                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 28/11                    | 11:00 AM | Se realizan ejercicios de movilidad articular en muñeca de forma bilateral, después de peso, fortalecimiento muscular con banda elástica sobre todo, ejercicios musculares activos en miembros inferiores. Se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Em: 02452                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 28/11                    | 12:00 PM | Se realizan ejercicios de movilidad articular codo y hombro en codo de pie derecho, después de peso, ejercicios de equilibrio en plano insular, fortalecimiento muscular con banda elástica sobre todo, electroestimulación muscular en miembro inferior derecho, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Em: 02452                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 28/11                    | 11:00 AM | Se realizan ejercicios de movilidad articular activa en miembro inferior derecho, codo de pie de forma activa-asistida, y de fortalecimiento, se realizan trabajos de reeducación de patrón de marcha con asistencia, ejercicios de equilibrio dinámico, se realizan electroestimulación con TENS en miembro inferior derecho, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Em: 02452                                                                                                                                                                                      |
| 28/11                    | 8:00 PM  | Se realizan ejercicios de movilidad articular en muñeca de forma activa, ejercicios de equilibrio dinámico durante el patrón de marcha, se realizan ejercicios de movilidad para reeducación, se realiza electroestimulación con TENS, se realiza sin complicaciones. Fisioterapeuta: Sindy Fernández. Em: 02452                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 29/11                    | 9:00 AM  | Paciente quien inicia codo de histopexia a la valoración final, se evidencia: Paciente quien no refiere dolor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

# HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adverse respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- ☒ Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir.
- ☒ Movilidad articular.
- ☒ Ejercicios activos
- ☒ Fortalecimiento
- ☒ Estiramientos
- ☐ Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- ☒ Disminución del dolor
- ☒ Aumento de arcos de movimiento
- ☒ Incremento en la fuerza
- ☐ Mejorar la estabilidad articular

Otros: \_\_\_\_\_

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 90% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la edad.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, ej: sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 26 de Jun Hora: 11:00pm N° de terapias: 7 Diagnostico: T90.5

Yo Hernan Lopez con documento de identidad: 3.066.204 como  
(parentesco con el paciente) Abuelo en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente)  
Liver Camila Lopez documento de identidad (del paciente) 270395026 Después de  
leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento  
propuesto.

Hernan Lopez  
Firma del paciente

Cc 3.066.204

Sindy fernández  
Firma de la terapeuta

Cc 202271371 Registro 027562



IPS HUMANA-VITAL  
Especialistas en fisioterapia  
Nit. 900.217.648

Fecha 7/08/21 hora 11:00am N° de terapias 2Nombre: Liyel Camila Campos López Cedula: 7020385026

- ✓ PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES. (Marque con una X)

|              | NO                                  | SI                       |                                 | NO                                  | SI                       |
|--------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| SIDA O VIH   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CÓLERA                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HERPES       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | H1N1                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DIFTERIA     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HEPATITIS                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NEUMONÍA     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TUBERCULOSIS | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CÁNCER                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- ✓ CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

Yo Hernan López con N° de cedula 3066 204

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis **DERECHOS Y DEBERES** que tengo ante la IPS HUMANA VITAL S.A.S con NIT 900217648-1 Desde el primer día en que acudí a la institución y antes de iniciar el tratamiento.

Hernan López

Firma del paciente o responsable

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web [www.humanavital.com](http://www.humanavital.com)
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico [servicioalcliente@humanavital.com](mailto:servicioalcliente@humanavital.com)
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 7/08/20

Firma: Herman López

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de identificación: 3066204

Calle 11 N°10A-79 Funza Tel, 8263636 e-mail; [humanavitals.a.s@hotmail.com](mailto:humanavitals.a.s@hotmail.com)  
Página web [www.humanavital.com](http://www.humanavital.com)

|                                                          |                  |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL               |                  |                                                                                     |
| PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS |                  |                                                                                     |
| VERSION: 01                                              | CODIGO: HV S 031 | ELABORADO:<br>COORDINACION: MAYO 2019<br>REVISADO Y APROBADO:<br>GERENCIA MATO 2019 |

### AUTORIZACIÓN

Yo Hernan Lopez identificado con CC 3.066.204 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Lier Camila Campos IDENTIFICACION 7070385026

FIRMA Hernan Lopez

FECHA: 7/08/21 HORA: 7:00am ALCALDIA ☒ PARTICULAR ☐ ARL ☐

# FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS

TERAPEUTA RESPONSABLE: Sidy Remón

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Liger Camila Campos IDENTIFICACION 707012506

FECHA: 7/08/23 HORA: 7:00 am ALCALDIA ☒ PARTICULAR ☐ ARL ☐

| DOCUMENTOS ENTREGADOS                          | FIRMA        |
|------------------------------------------------|--------------|
| DEBERES Y DERECHOS                             | Hernan Lopez |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO                       | Hernan Lopez |
| POLITICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS | Hernan Lopez |
| PLAN CASERO                                    | Hernan Lopez |
| AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO           | Hernan Lopez |

# HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

## Escala de MORSE

| ITEM                                                                                                                                                                                           | ESCALA        | PUNTAJE |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|
| Antecedentes de caídas recientes en los últimos tres meses                                                                                                                                     | NO Puntaje 0  | 0       |
|                                                                                                                                                                                                | SI Puntaje 25 |         |
| Diagnostico secundario                                                                                                                                                                         | NO Puntaje 0  | 0       |
|                                                                                                                                                                                                | SI Puntaje 15 |         |
| Ayuda para deambular:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Reposo en cama/ asistencia de enfermería</li> <li>• Bastón/muletas/caminador.</li> <li>• Se apoya en los muebles.</li> </ul> | Puntaje 0     | 0       |
|                                                                                                                                                                                                | Puntaje 15    |         |
|                                                                                                                                                                                                | Puntaje 30    |         |
| Vía Venosa                                                                                                                                                                                     | NO Puntaje 0  | 0       |
|                                                                                                                                                                                                | SI Puntaje 20 |         |
| Marcha:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal/en reposo/en cama</li> <li>• Débil</li> <li>• Alterada requiere asistencia</li> </ul>                                               | Puntaje 0     | 0       |
|                                                                                                                                                                                                | Puntaje 10    |         |
|                                                                                                                                                                                                | Puntaje 20    |         |
| Conciencia-estado mental:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiente de sus capacidades y limitaciones</li> <li>• No consiente de sus limitaciones</li> </ul>                       | Puntaje 0     | 0       |
|                                                                                                                                                                                                | Puntaje 15    |         |
|                                                                                                                                                                                                | TOTAL         | 0       |