Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

Carrera 20B # 74-46 Tel. 7 46 64 00 - Bogotá

QR DIAN

Factura electrónica de venta: FEPE12816

Fecha Factura: 01 sept. 2022 04:36 p. m.

Cufe: 00f258bdf1ae71920f8872cac542a1a0a03e87adc33dbef9edac381e261d656686b6c94929924a37f5c3f25a194aca7b

Centro Atención: Pereira. Dirección: Cra. 19 No. 12 - 50 . Teléfono: (60+6)3172355

Fecha Ingreso: 01 sept. 2022 04:34 p. m. **Fecha Egreso:** 01 sept. 2022 04:34 p. m. **Plan:** REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 PSG

Cliente: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 **NIT:** 900339410

Dirección: AV VILLA OLIMPICA CL 94 **Contrato N°:** 86-7-20239-21

Teléfono: **Caso:** Ambulatorio **Forma Pago:** 45 días

Ciudad: PEREIRA **Fecha impresión:** 01/09/22 4:39 p **Atención N°:** 1510702 **Autorización:** 2970301

Area de servicio: 203012 - MSP-LABORATORIO DE SUEÑO PEREIRA

Identificación: 25145379 **Tipo Documento:** Cédula_Ciudadanía **Tipo Afiliado:** Cotizante

Nombres y Apellidos: JOSEFINA VALENCIA DE ORTIZ **Sexo:** Femenino **Edad:** 85 Años

CODIGO	CUM	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR ENT
OTROS SERVICIOS					
891702	891702	ESTUDIO POLISOMNOGRÁFICO COMPLETO (CON OXIMETRÍA)	1,00	$ 410.363,00	$ 410.363,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$ 410.363,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION DEL PACIENTE	$ 0,00
VALOR ANTICIPO	$ 0,00
VALOR DESCUENTO	$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$ 410.363,00

TOTAL: CUATROCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Laura Alejandra Arboleda Arango

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

La presente factura de venta se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de acuerdo a los art. 621-774 del código de comercio AUTORIZACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA RESOLUCIÓN Nº 18764033513998 DEL 12 ago. 2022. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FEPE12.278 AL FEPE100.000. VIGENCIA 12 ago. 2022-12 ago. 2023. IVA Régimen Común. Actividad económica: 86911 Tarifa ICA 9.66 x mil. Somos auto retenedores de Retención de la fuente resolución 01434 de Feb 12 /2008 IVA Régimen Común.

Usuario Id. :LARBOLEDA

LICENCIADO A: [RIESGO DE FRACTURA S.A.] NIT [830027158-3]

→ 01 Septiembre 6:30 pm.

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 2970301 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 7/6/2022 12:04:05

Información del Prestador

Nombre	RIESGO DE FRACTURA S.A. CAYRE	**Identificación Prestador**	830027158
Departamento	RISARALDA	**Municipio**	PEREIRA
Dirección	CRA 19 NO. 12-50 TORRE 1 CS 901	**Teléfono**	3172355

Información del Paciente

Nombre	JOSEFINA VALENCIA DE ORTIZ	**Identificación Paciente**	25145379
Departamento	RISARALDA	**Municipio**	PEREIRA
Dirección	CALLE 12 NRO.4-64	**Teléfono**	3341302
Fecha de Nacimiento	31/7/1937		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
891702	ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA)	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización	Consulta Externa
Observaciones	PACIENTE VALORADA EL 21/04/2022 QUE SOLICITA ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA) Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-20239-21.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	PASTOR ALBERTO OSORIO ACEVEDO
Registro Médico	018709
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DEL EJE CAFETERO S.A
PROCESOS NEUROLOGIC
NIT: 816007055-7
COMPLEJO MEDICO MEGACENTRO PH TORRE 3 PISO 3 CALLE 12 NO. 18- 24 PINARES - 3119998
PEREIRA-RISARALDA

neurocentro

HISTORIA CLINICA
Copia Controlada

R - Reclamar en referencia

3 Mayo

PACIENTE: CC 25145379 - JOSEFINA VALENCIA DE ORTIZ
GENERO: FEMENINO
FECHA NACIMIENTO: 1937-07-31 - Edad: 84 Años 8 Meses 21 Dias
DIRECCION: CRRITOS CAMPESTRE CASA 16-18: **Telefono:** 3128517624

[ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) [940701]] R # (1)
PTE EN ESTUDIO DE DETERIORO COGNITIVO QUE APARECIó DESPUéS DE INFECCIóN POR SARSCOV-2. DEFINIR GRADO Y PERFIL DEL DETERIORO

[COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [903815]] ✓ # (1)

[COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO [903817]] ✓ # (1)

[COLESTEROL TOTAL [903818]] ✓ # (1)

[CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA [890374]] R ✓ # (1)
CON RESULTADOS DRA. GOICOECHEA

[CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS [903895]] ✓ # (1)

[ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA) [891702]] R ✓ # (1)
DESCARTAR SAHOS U OTRAS ALTERACIONES DEL SUEñO

[GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] [903883]] ✓ # (1)

[HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA [903426]] ✓ # (1)

[HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO [902209]] ✓ # (1)

[HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [904902]] ✓ # (1)

[RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO SIMPLE [883101]] R # (1)
PTE EN ESTUDIO DE DETERIORO COGNITIVO QUE APARECIó DESPUéS DE INFECCIóN POR SARSCOV-2 ✓

[SEROLOGIA VDRL [906916]] ✓ # (1)

[TIROXINA LIBRE [904921]] ✓ # (1)

[TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] [903867]] ✓ # (1)

[TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] [903866]] ✓ # (1)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.145.379
VALENCIA De ORTIZ
APELLIDOS
JOSEFINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1937
PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-NOV-1960 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2400100-00284540-F-0025145379-20110317 0026149299A 1 4531226577

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC25145379 CASUR
Documento de Identificación
VALENCIA DE ORTIZ
Apellidos
JOSEFINA
Nombres
CONYUGE
Parentesco con el fallecido
PERMANENTE CC1193234
Fecha de vencimiento Fallecido
BEN.SUS. AGENTE (R)
Grado del Titular





INDICE DERECHO

31-JUL-1937 001241682
Fecha de nacimiento Número de Carné
O- F
GS. Rh Sexo
SANIDAD

Paciente:	**Josefina Valencia De Ortiz**				**DI:**	**25145379**	Polisomnograma Basal
Edad:	85 años	**EPS:**	Regional De Aseguramiento En Salud N. 3	**Fecha de estudio:**	01-09-2022	**Num Adq:**	NEUROVIRTUAL

La Clínica Riesgo de Fractura S.A - CAYRE realizaron este estudio de sueño con un polisomnógrafo NEUROVIRTUAL, el cual está conformado por las siguientes variables:

1. **Neurofisiológicas** (electroencefalograma, electroculograma, electrómiograma en mentón y en miembros inferiores).
2. **Cardiorespiratoria** (movimiento toraco-abdominal, electrocardiograma, evaluación del flujo con cánula de presión, pulso-oximetría, sensor de ronquido) y otros como sensor de posición.

Se obtuvo un registro continuo y simultáneo de estas variables con una hora de inicio de 8:50:27 p. m. y finalizado a 5:05:21 a. m. con una duración de 8:15:06 horas y minutos.

ANALISIS CLINICO Y POLISOMNOGRAFICO

Es remitido por su médico tratante, para estudio polisomnográfico basal por sospecha de Trastorno del Sueño

I. ANALISIS DE PARAMETROS DEL SUEÑO:

		Rango normal
Eficiencia de Sueño:	69.6 %	**≥ 85%**
Tiempo Total de Sueño (TST):	341.4 min	
Tiempo en Cama (TIB):	490.8 min	
Latencia de Sueño	8.9 min	**10-30 min**
Latencia de sueño MOR:	171.0 min	**90 - 120 min**
Índice de microalertamientos	9.8/hora	**≤ 10/hora**

ETAPAS DE SUEÑO:

	(%)	(min)	Rango normal
Vigilia		140.5	
MOR	12.9	44.0	**20 – 25%**
Estadio 1	13.0	44.5	**3 – 8%**
Estadio 2	59.7	203.9	**45 – 55%**
Estadio 3	14.4	49.0	**15 – 20%**

II. ANALISIS DE PARAMETROS RESPIRATORIOS

	# Total	Duración promedio	Máxima Duración	Índice de evento
Apneas Obstructivas	2	11.5	11.5	0.4
Apneas Centrales	0	0.0	0.0	0.0
Apneas Mixtas	0	0.0	0.0	0.0
Hipopneas	109	16.6	59.0	19.2
RERAS	0	0.0	0.0	0.0
Total eventos (seg)		**16.5**	**59.0**	

IAH en no-MOR	15.5	**IAH en MOR**	34.1	**IAH total**	**19.5**

SATURACION DE OXIGENO:

	DESPERTAR	NREM	REM	TC
N.º de desat. rel.	8	146	35	189
% de SpO2 media:	92	91	92	92

Saturación promedio durante los Eventos Respiratorios:	**88**
Saturación mínima durante los Eventos Respiratorios:	84

POSICION CORPORAL:

	Supino	Lateral Derecho	Lateral Izquierdo
IAH (#/hora)	26.3	18.5	9.3

RONQUIDO:

Duración de ronquido durante el sueño: % del total sueño, lo realizo en todas las posiciones adoptadas.

Atentamente,

Dr. Rafael Lobelo
Medicina Interna-Neumología-Somnólogo
Subdirección Medica Unidad de Sueño Ondina
Reporte Preliminar