Riesgo de Fractura S.A.

NIT. 830027158-3

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

QR DIAN

Factura electrónica de venta: FEPE13056

Fecha Factura: 09 sept. 2022 10:46 a. m.

Cufe: d48bd0660188dc60dab011f609895a14d6f40d1606d37a68a70b24182860fe84d972c45e22dfb546219825dd1671a6ec

Centro Atención: Pereira. Dirección: Cra. 19 No. 12 - 50 . Teléfono: (60+6)3172355
Fecha Ingreso: 09 sept. 2022 10:45 a. m. **Fecha Egreso:** 09 sept. 2022 10:46 a. 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:** 09/09/22 10:49 **Atención N°:** 1519775 **Autorización:** 3070645

Area de servicio: 203012 - MSP-LABORATORIO DE SUEÑO PEREIRA
Identificación: 1089642130 **Tipo Documento:** RegistroCivil **Tipo Afiliado:** Beneficiario
Nombres y Apellidos: JUAN DANIEL SALAZAR LIZARRALDE **Sexo:** Masculino **Edad:** 2 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.

Angelica Rios Sanchez

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. :ARIOS

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

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 3070645 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 22/6/2022 17:39:18

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	JUAN DANIEL SALAZAR LIZARRALDE	**Identificación Paciente**	1089642130
Departamento	RISARALDA	**Municipio**	PEREIRA
Dirección	CARRERA 4 N° 34 - 12	**Teléfono**	3106381415
Fecha de Nacimiento	27/8/2020		

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 VALORADO EL 14/06/2022 DONDE SOLICITAN 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.

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO PROCED. DIAGNOSTICOS
ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

NÚMERO
2206009121

Fecha de Impresión
2022/06/14 09:05:16a.m.

Paciente : RC 1089642130 JUAN DANIEL SALAZAR LIZARR

No. Historia : 1089642130 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION

Tipo Vinculación : BENEFICIARIO

Categoría : A

Fecha de Evolución : 2022/06/14 08:44:00a.m.

Edad : 1 A?os

Sexo : Masculino

UbicaciónNo. Sin Asignacisn de Cama

Ámbito : Ambulatorio

Servicio Solicitado

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
891702B	**ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA)	1	NO	PRIORITARIO

Datos Clínicos de Importancia

PRIORITARIO.

Diagnóstico: *J352* HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES

Mod 14-06

DR. JAVIER G. DIAZ AMAYA
MEDICO PEDIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
R.M. 8589-07

ORDENADO POR

RM 80763230 DIAZ AMAYA JAVIER GUILLERMO

Firma:

C:\IPS\Reportes\AtnRP001.rpt

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1089642130

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58269903

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	M	Y	V
	X								

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA NOTARIA 5 PEREIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAZAR	LIZARRALDE

Nombre(s)
JUAN DANIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes AGO Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15973293-4

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
LIZARRALDE TRUJILLO MELIDA ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1109295718	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
SALAZAR CESPEDES CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1109292753	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
SALAZAR CESPEDES CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1109292753	X

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 2020 Mes SEP Día 01	JULIANA CHICA CUBILLOS (E) Notaría Quinta Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
X Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

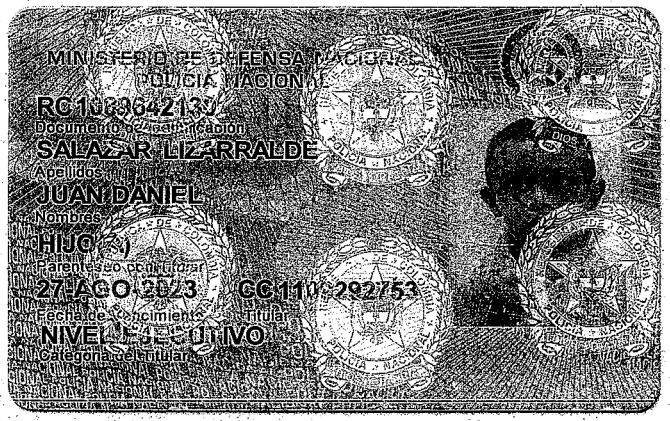
OTRO:CN - NO SE TOMAN HUELLAS DE ACUERDO A LA CIRCULAR N°037 DEL 27/MAR/2020 DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL;01/09/2020

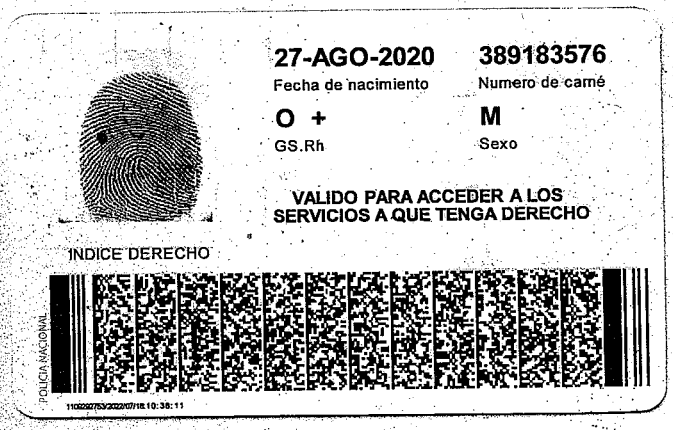
Notaría Quinta

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

58269903

Impreso por DATAFILE S.A. PBX: (57) 3213001 Edición 6 en REPÚBLICA NACIONAL DE COLOMBIA


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
RC 1
Documento de identificación
SALAZAR LIZARRALDE
Apellidos
JUAN DANIEL
Nombres
HIJO (A)
Parentesco con el titular
27 AGO 2023
Fecha de vencimiento
CC 1
Titular
NIVEL EJECUTIVO
Categoría del titular


27-AGO-2020
Fecha de nacimiento
389183576
Numero de carné
O +
GS.Rh
M
Sexo
VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO
INDICE DERECHO
POLICIA NACIONAL

Paciente:	Juan Daniel Salazar Lizarralde				DI:	1089642130	Polisomnograma Basal
Edad:	2 años	EPS:	Regional de aseguramiento en salud #3	Fecha de estudio:	9-9-22	Num Adq:	Alice

La Clínica Riesgo de Fractura S.A - CAYRE realizaron este estudio de sueño con un polisomnógrafo, 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

Juan Daniel Salazar Lizarralde tiene 2 años. 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