CLINICA DE ESPECIALISTAS SA

NIT 891856372 - 1

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764045791766 de 2023-03-10 a 2024-03-10
autorizado del FECE120001 al FECE150000
CR 9 A 14 17
7708686
SOGAMOSO Boyacá COLOMBIA

FACTURADO A:

UNASALUD UT-SENA CONTRATACION 2021
NIT 900518650 - 7
CLL 22 Nº 11A-73
SOGAMOSO - BOYACA - COLOMBIA
clinicassogamosout@gmail.com
3153162667

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NÚMERO:	FECE126266	**VENCIMIENTO:**	2023-06-01
MONEDA:	COP		
FECHA DOCUMENTO:	2023-05-02 16:34:25		
FORMA DE PAGO:	Crédito		
MEDIO DE PAGO:	Instrumento no definido		

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	939403		TERAPIA RESPIRATORIA	2.00	$ 31,000.00	0	0	$ 62,000.00	$ 62,000.00

Observacion: Nota sobre el item

Cantidad de lineas: 1

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 90 . PACIENTE: CC-46375030-MIREYA SALCEDO GALVIS- INGRESO: 19 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	$ 62,000.00
IVA:	$ 0.00
INC:	$ 0.00
DESCUENTO:	$ 0.00
ANTICIPOS:	$ 0.00

TOTAL A PAGAR **$ 62,000.00**

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: $ 0.00

Cuida el medio ambiente

CUFE: 057fcdbd4ba3d9dcd51f3ff9d6f827f8d2b4b0168569beba8eea03261b8bbdfc0dd7039a37401e7e69eca157a39f1eca

Elaborado por:

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico y Fabricante del Software: PL-Colab

Impreso: 2023-03-01

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 90

Adscrito:	177041 - UNASALUD U.T
Dirección:	C.LAG. CLL 22 N°11A 73 y C.ESP.CRA 9A N°14-17 SOGAMOSO
Teléfono(s):	7703680 - 7704400
Especialidad:	CLINICAS - HOSPITALES - ODONTOLOGIA - CLINICAS - HOSPITALES

HC: 46375030

Favor atender por nuestra cuenta a SALCEDO GALVIS MIREYA identificado con el carne 9520738-C Conyuge de NONTOA MARTINEZ CARLOS ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Sesiones Terapias Respiratorias Hasta	5	31000	155000

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

TERAPIAS RESPIRATORIAS N° 5 SESIONES

DX:LARINGOTRAQUEITIS VIRAL

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Luis Fernando Tinza Pinzón
MÉDICO GENERAL
R.M. 151209
U.NACIONAL

Médico/Odontólogo Asesor

Mireya Salcedo 46.375.030 80-9

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

Clínica de Especialistas S.A.
Nit 891856372-1

APROBADO
02- MAR. 2023
BIBI C

123266

Clínica de Especialistas	PROCESO ATENCIÓN EN COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA SUBPROCESO REHABILITACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: MARZO DE 2022
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA RESPIRATORA		FECHA DE REVISIÓN: MARZO DE 2022
CÓDIGO: M6-63-PRD-85-FOR-274	PÁGINA 1DE 2	VERSIÓN: 1

Fecha: Marzo 2 /23 . Historia N°: _____

Yo, Miraya Salcedo G. , identificad(a) con cédula de ciudadanía número 46.375030 de Bogamoso en forma personal o como acudiente de _____, en la fecha, de forma libre y espontanea manifiesto que según mi diagnostico J042 ;

1. He recibido información del plan de TERAPIA RESPIRATORIArequerido para mi patología.
2. He sido informad(a) de las alternativas posibles del tratamiento, teniendo en cuenta que:

Definición	Riesgos	Beneficios
Es la terapia que contribuye al tratamiento, prevención y estabilización de las diferentes enfermedades del aparato respiratorio o cualquiera que interfiera en su correcto funcionamiento, con el fin de mantener o mejorar la función respiratoria.	Temblor Sudoración Taquicardia	Mejorar la capacidad pulmonar Facilitar la eliminación de secreciones

3. Me han aclarado todas las dudas e interrogantes, así como la responsabilidad que tengo como paciente de seguir las indicaciones para éxito del tratamiento.
4. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es indispensable seguir las indicaciones que se me dan, siendo así que su omisión o mala práctica pueden provocar resultados negativos o diferentes a los esperados.
5. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y de esta forma consiento y autorizo que se realice el plan de TERAPIA RESPIRATORIA que se registra en mi historia clínica.
6. CANCELACIONES: Me comprometo a notificar la cancelación de una cita con 24 horas de antelación con el fin de reprogramar mi sesión. Si falto por más de dos días consecutivos a mis sesiones programadas, se da por entendido que he abandonado el tratamiento y por lo tanto las sesiones se cancelaran. En caso de ser una emergencia, se estudiará el caso y se harán ciertas excepciones.
7. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al profesional de la Clínica de Especialistas S.A. a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportunas para la resolución de la complicación.
8. De esta manera, autorizo la realización de la sesión programada y ordenada por el médico tratante y firmo constancia.

N°	Fecha	Firma del usuario o representante	Firma del profesional de Terapia Respiratoria
1	02 mar 23	Miraya Salcedo	Fatima Arcos
2	03 mar 23	Miraya Salcedo	Soolanyel Vasquez
3			
4			
5			
6			

Se suscribe el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO según disponen los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas de ética médica.

HISTORIA CLÍNICA No. CC 46375030 -- MIREYA SALCEDO GALVIS

Empresa: SENA CONTRATACION 2021 **Afiliado:** SENA
Fecha Nacimiento: 24/04/1977 **Edad actual :** 46 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3132441132 **Dirección:** CRA 89 A N . 15-29
Barrio: CENTRO **Departamento:** BOYACA
Municipio: SOGAMOSO **Ocupacion:** Diseñadores y decoradores de interior
Etnia: Ninguno de los anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: No Definido **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Ninguna **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE UNICA **Edad :** 45 AÑOS

FOLIO **35** **FECHA** **03/03/2023 14:42:08** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

TERAPIA RESPIRATORIA CONSULTA EXTERNA

PACIENTE FEMENINO DE 45 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADO EN LA HISTORIA CLINICA, ORIENTADA COLABORADORA, SIN OXIGENO SUPLENTARIO, SATURANDO 95% FRECUENCIA CARDIACA 89LPM, A LA AUSCULTACION SIN AGREGADOS PULMONARES.

PLAN DE TERAPIA RESPIRATORIA

-VIGILANCIA DE PATRON RESPIRATORIO
-MONITOREO SATURACION Y SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
-KENESIOTERAPIA DE TORAX (PERCUSION Y VIBRACION)
-TECNICA DE ACELERACION DE FLUJO Y EXPANSION PULMONAR
-EJERCICIOS DE TOS ASISTIDA
-EJERCICIS CON LABIOS FRUCIDOS
-MICRONEBULIZACION: 3 CC SOLUCION SALINA NORMAL + 15 GOTAS BERODUAL

PACIENTE TOLERA TERAPIA SALE DE CONSULTORIO SATURANDO 95% SIN COMPLICACIONES

SE ATIENDE CON TODAS LA MEDIDAS EPP LAVADO DE MANOS, GORRO, GUANTES, TAPABOCAS N95, SIGUIENDO INDICACIÓN DE COLOCACIÓN Y RETIRO ESTIPULADO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE SEGUIRIDA Y SALUD EN EL TRABAJO
FECHA Y HORA DE APLICACION:03/03/2023 14:42:11 REALIZADO POR: SOOLANYED YINETH VASQUEZ CADENA

Diagnóstico

Código	Descripción	Observaciones
J042	LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	

Soolanyed Vasquez.

SOOLANYED YINETH VASQUEZ CADENA
Reg. 1121871430
TERAPIA RESPIRATORIA

HISTORIA CLÍNICA No. CC 46375030 -- MIREYA SALCEDO GALVIS

Empresa: SENA CONTRATACION 2021 **Afiliado:** SENA
Fecha Nacimiento: 24/04/1977 **Edad actual :** 46 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3132441132 **Dirección:** CRA 89 A N . 15-29
Barrio: CENTRO **Departamento:** BOYACA
Municipio: SOGAMOSO **Ocupacion:** Diseñadores y decoradores de interior
Etnia: Ninguno de los anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: No Definido **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Ninguna **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE UNICA **Edad :** 45 AÑOS

FOLIO **36** **FECHA** **06/03/2023 18:14:33** **TIPO DE ATENCIÓN** **AMBULATORIO**

TERAPIAS

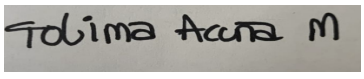
Cantidad	Descripción	Estado
1	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Realizado

TERAPIA RESPIRATORIA CONSULTA EXTERNA (2 DE MARZO DEL 2022)

Se atiende a paciente de genero femenino de 45 años de edad, antecedentes descritos en historia clínica, con signos vitales de: frecuencia cardíaca: 71 lpm ; frecuencia respiratoria: 24 rpm, saturación de oxígeno: 93 %.
En su parte respiratoria se encuentra sin sistema de oxigenoterapia , sin signos de dificultad respiratoria al momento, inspección patrón respiratorio diafragmático, palpación: amplitud normal, expansibilidad simétrica sin presencia de masas ni zonas dolorosas, a la auscultación con agregados pulmonares
Después de la valoración respiratoria se realiza plan terapéutico y se lleva a cabo:
Kinesioterapia de tórax: reeducación de patrón diafragmático,se realiza MNB CON 3 CC DE SSN + 10 GOTAS BERODUAL , percusión, vibración , técnica de aceleración de flujo y de expansión pulmonar con ejercicios de movilización de miembros superiores 2 series de 15 Repeticiones guiados y asistidos y Espiración con labios fruncidos // Respuesta se obtiene tos seca no productiva
Paciente tolera procedimientos sin complicaciones, hemodinamicamente estable con signos vitales de: frecuencia cardíaca: 73 lpm; frecuencia respiratoria: 26 rpm, saturación de oxígeno: 94 %.
Se realiza lavado de manos según protocolo institucional y se utilizan elementos de protección personal: guantes de manejo, tapabocas n95, monogafas, burka, careta, gorro quirúrgico, bata desechable, bata de tela antifluido, polainas: siguiendo indicación de colocación y retiro estipulado en la normatividad vigente del ministerio de salud y según protocolo institucional del sst.
FECHA Y HORA DE APLICACION:06/03/2023 18:14:36 REALIZADO POR: ANA YOLIMA ACUÑA MORALES

Diagnóstico

Código	Descripción	Observaciones
J042	LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	



ANA YOLIMA ACUÑA MORALES
Reg. 1049615526
TERAPIA RESPIRATORIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
46.375.030
NUMERO

SALCEDO GALVIS
APELLIDOS

MIREYA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1977
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO
23-OCT-1995 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ BERDUGO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-0727700-34139021-F-0046375030-20051122 0057705326A 03 181720243



9520738-C

Mireya
Salcedo Galvis

Id. N°. 46,375,030 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento: 24/04/1977
RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Mireya
Salcedo Galvis

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Clínica de Especialistas S A.
Nit 891856372-1

APROBADO
02- MARZO 2023
BIBI C