PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Sogamoso, Agosto 2023

Señora
Luz Stella Pardo Suescún
SUPERVISORA CONTRATO No. CO1.PCCNTR.4972520
Profesional Servicio Médico Asistencial
SENA- Regional Boyacá
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual mes Julio de 2023.

Referencia: No. CO1.PCCNTR.4972520

ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.258.386 expedida en Bogotá, en calidad de Representante Legal de la Empresa CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S. ,identificada con Nit No. 900.242.209-5 en mi calidad de Contratista del SENA, en la Regional Boyacá, en cumplimiento del Contrato de prestación de servicios de odontología en general y especializada en las ciudades de Sogamoso y Tunja, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor del Contrato: VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (25.000.000)

Forma de Pago: El SENA pagará el valor del Contrato en pagos parciales dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura en la sede del Servicio Médico Asistencial del SENA y cargue en la plataforma SECOP II, de acuerdo al servicio prestado a los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial y aquellos previamente autorizados por el Médico Asesor del SENA; el supervisor expide certificación y verificara que la facturación corresponda a las tarifas establecidas en la Resolución 1262 de 2016 incrementadas con el IPC 2021 y de acuerdo a la propuesta económica presentada por el oferente.

Plazo: HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO.

OBJETO:
Contratar la prestación de Servicios de Odontología en general y especializada (radiología, odontología operatoria, endodoncia, odontopediatría, cirugía oral, periodoncia, prostodoncia, ortodoncia correctiva y ortopedia maxilar, entre otros), a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que sean remitidos por el odontólogo Asesor del SENA Regional Boyacá en las ciudades de Sogamoso y Tunja- Boyacá.

OBLIGACIONES:

Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
Cumplir con el objeto del contrato en el plazo establecido, bajo las condiciones establecidas en el presente proceso.	Atención a beneficiarios según órdenes de atención expedidas por los odontólogos asesores del Servicio Médico Asistencial	Formato Relación de Servicios prestados del mes de JULIO publicado en Secop II
Prestar los servicios ofertados objeto del contrato en las sedes de atención que sean relacionadas en la propuesta del oferente para las ciudades de Tunja y Sogamoso - Boyacá.	Atención a beneficiarios en las ciudades de Sogamoso y Tunja	Formato Relación de Servicios prestados del mes de JULIO publicado en Secop II
Cumplir con el Decreto 780 en las Resoluciones 3100 de 2019 (Habilitación) 1441 de 2013 (estándares de calidad) expedidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, la Resolución No 1262 de 2016 expedida por la Dirección General del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y todas aquellas normas expedidas y relacionadas con el cumplimiento del servicio objeto de esta contratación.	Cumplimiento de la obligación según lo indicado en la Resolución 2003 de 2014, así como las demás normas relacionadas con la atención a pacientes	N/A
Atender integralmente al paciente mientras se halle a su cargo.	Atención a beneficiarios SMA de acuerdo a las ordenes de atención expedidas	Formato Relación de Servicios prestados del mes de JULIO publicado en Secop II
Acreditar la aplicación de protocolos y/o guías médicas, aceptados en salud para el manejo de pacientes	Atención a beneficiarios con los protocolos requeridos por la Secretaría de Salud	
El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial presentando los siguientes documentos: • Carnet vigente	Atención a beneficiarios según órdenes de atención expedidas por los odontólogos asesores del Servicio Médico Asistencial	Formato Relación de Servicios prestados del mes de JULIO publicado en Secop II, soportes de atención de cada beneficiario atendido en los consultorios de Sogamos y Tunja

• Documento de identidad para adultos y tarjeta de identidad para menores de edad • Original de la orden de atención, diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación servicio solicitado, la firma y el sello del profesional, además debe ir firmada por el usuario o acudiente.		
Permitir el acceso a la historia clínica, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención del paciente y facilitar de ser necesarios, la verificación y revisión de los servicios prestados, eventualmente el acceso al paciente para evaluar la calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución No. 1995 de 1999 del ministerio de Salud.	Disposición de verificación de los procedimientos realizados a los pacientes por parte de los odontólogos asesores de la Regional	Soportes de atención a beneficiarios que reposan en la HC de cada paciente. Relación de servicios prestados durante el mes de JULIO para revisión de auditoría médica por parte del Servicio Médico Asistencial
Debe suministrar a la entidad, reporte epidemiológico mensual sobre las atenciones y procedimientos dados al paciente, reporte de posibles eventos adversos y casos centinelas.	No se requirió en el presente mes	N/A
La facturación se debe presentar en forma ordenada, igualmente a la factura presentada se deben anexar los soportes de los servicios facturados y anexar a la misma fotocopia del pago de seguridad social integral y acreditar encontrarse a paz y salvo como requisito previo para cada pago que se le vaya a efectuar, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007; así como del aporte a parafiscales	Cumplimiento de los requisitos para el pago de la cuenta objeto de cobro	Facturas N° ELS1553, formato relación de servicios prestados del mes de JULIO, planillas de seguridad social, certificación de parafiscales y demás documentos cargados en la plataforma Secop II
Presentar, adjuntar y/o entregar el protocolo de bioseguridad basado en la Resolución 666 - 2020 del	Cumplimiento del requisito en la propuesta presentada en la plataforma Secop II	Protocolo de Bioseguridad publicado en Secop II

Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo de las actividades descritas.		
El contratista deberá presentar junto con la cuenta los soportes o comprobantes de recolección y certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento o tratamiento o disposición final que emitan los gestores de los residuos peligrosos.		SE ADJUNTO CERTIFICADO RECOLECCION DE RESIDUOS, **DESCONT SAS ESP**

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento del contrato y el **No.** 9454557816 y 9453098179 **de la planilla de seguridad social**. Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*

Cordialmente,

Firma



ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS
Representante Legal
CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S.
Contratista
C.C. No. 52.258.386 expedida en Bogotá

Recibí a satisfacción:

Firma



LUZ STELLA PARDO SUESCÚN
Supervisora Contrato No. CO1.PCCNTR.4972520

DESCONT SAS ESP
R-RT-07

CL 30A #23-10 Barrio Cañaveral
PBX: (7) 678 0005
Floridablanca - Colombia
NIT. 804002433-1
www.descont.com.co

MANIFIESTO DE RECOLECCION DE RESIDUOS

AVISO IMPORTANTE

Estimado cliente, cualquier cambio o ajuste al manifiesto de recolección deberá solicitarse dentro de los 3 días hábiles seguidos, usando los canales de comunicación establecidos: Tel 6780005, mail: servicioalcliente@descont.com.co

FECHA: 2023-07-25T09:52:03
MANIFIESTO: 3986306
ID CLIENTE: 37832
CLIENTE: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS
DIRECCION: CR 12 20 10
CIUDAD: TUNJA
NIT: 900242209
CC OPERARIO: 7182241
OPERARIO: ALVARO DAVID ACUNA DIAZ
CC AUXILIAR: 80881684
AUXILIAR: JHON ALEXANDER HERNANDEZ PRIETO
VEHICULO: GQU534

RESIDUOS

RESIDUO	CANT/KG
BIOSANITARIOS	1 / 12
CORTOPUNZANTES	2 / 0.55
LIQUIDO FIJADOR	1 / 0.78
LIQUIDOS REVELADOR	2 / 0.86

TOTAL Cantidad: 6
TOTAL Kilos: 14.19

CLIENTE



NOMBRE: Adiela Forero
CC: 1049628198
TEL: 00

OPERARIO



NOMBRE: ALVARO DAVID ACUNA DIAZ
CC: 7182241

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS -SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO	
1	1052383025	SOLANO NARANJO DIEGO FERNANDO	319	29/05/2023	TERCER PAGO	$ 700.000	TUNJA
					EXODONCIA METODO ABIERTO (2)	$ 360.000	
2	1049621376	ROJAS CORDOBA JORGE ESTEBAN	557	05/07/2023	CONSULTA POR ODONTOLOGO ESPECIALISTA (ORTODONCIA)	$ 55.000	
					PAQUETE DE ORTODONCIA	$ 130.000	
3	23261456	JIMENEZ DE GIO ANA JOAQUINA	446	15/06/2023	OBTURACION 1 SUP EN RESINA(4)	$ 188.000	
					RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO (1)	$ 150.000	
1	19697135	GUTIERREZ GUEDEZ OSMARIELY NOHEMI	300	24/05/2023	CONSULTA POR ODONTOLOGO ESPECIALISTA (ENDODONCIA)	$ 55.000	SOGAMOSO
2	46666049	MOLANO NIÑO CAREMN ELVIRA	410	09/06/2023	CORONA COMPLETA METAL PORCELANA	$ 650.000	
3	9525341	ORDUZ CARO HECTOR HUGO	575	07/07/2023	RADIOGRAFIA PANORAMICA	$ 25.000	
			591	10/07/2023	CONSULTA POR ODONTOLOGO ESPECIALISTA	$ 55.000	
4	1002558802	PATIÑO PEREZ CAMILA ANDREA	527	28/06/2023	SUPERFICIE ADICIONAL(3)	$ 84.000	
					OBTURACION 1 SUP EN RESINA(3)	$ 141.000	
5	40380163	HERRERA RINCON EDNA FABIOLA	622	18/07/2023	CONSULTA POR ODONTOLOGO ESPECIALISTA(ORTODONCIA)	$ 55.000	
			623	18/07/2023	CONSULTA POR ODONTOLOGO ESPECIALISTA(CIRUGIA)	$ 55.000	
6	1054283232	MARTINEZ AMADO ANGELI CATHERIN	666	24/07/2023	CONSULTA POR ODONTOLODO ESPECIALISTA(ORTODONCIA)	$ 55.000	
					RADIOGRAFIA PANORAMICA	$ 25.000	
7	33448015	BERNAL DE ALVAREZ VILMA	621	18/07/2023	OBTURACION 1 SUP EN RESINA(3)	$ 141.000	
					SUPERFICIE ADICIONAL(3)	$ 84.000	
					CONSULTA POR ODONTOLOGO ESPECIALISTA (rehabilitacion)	$ 55.000	
8	46352318	FONSECA CRUZ MARIA DEL CARMEN	674	25/07/2023	RADIOGRAFIA PANORAMICA	$ 25.000	
9	1188968646	GONZALEZ ORTIZ CAMILO	684	26/07/2023	RADIOGRAFIA PANORAMICA	$ 25.000	
					TOTAL ELS1553	$ 3.113.000	

TUNJA	$ 1.583.000
SOGAMOSO	$ 1.530.000

Impreso: 2023-05-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 319

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1052383025

Favor atender por nuestra cuenta a SOLANO NARANJO DIEGO FERNANDO identificado con el carne 4111181-D Hijo de SOLANO GUIO LAURENTINO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

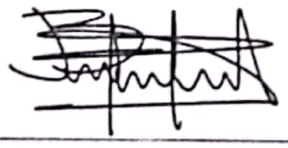
Concepto	Cantidad	Valor	Total
Tercer Pago	1	700000	700000
Exodoncia Metodo Abierto	2	180000	360000

OBSERVACIONES

null

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



Médico/Odontólogo Asesor

Diego Solano 1052383025

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad 1052383025

Nombre DIEGO FERNANDO SOLANO NARANJO		**Fec. Nacimiento** 11/10/1995	**Edad** 25 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** TUNJA			**Genero** Masculino
Dirección CLL 5 N 3-18	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Tipo Aseguradora** Particular		**Fec. Ingreso** 05/08/2021
Teléfono Casa 3105613156	**Teléfono Celular** 3105613156	**Teléfono. Oficina** 3105616156		
EMail	**Ocupación** Estudiante	**EPS** SENA		
Acudiente: AIDE NARANJO		**Teléfono** 3142472195		**Parentesco** Mama
Acompañante		**Teléfono**		**Parentesco** (Ninguno)

Motivo de Consulta

1) Principalmente porque tengo mordida profunda"

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Alergias

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Odontólogo

Aide Naranjo C.

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Solano

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1052383075 **FECHA ATENCION INICIAL:** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
09/07/23 7:00pm		Paciente no trae radiografia panoramica, Coloco cuna inferior nili 17 x 25 Superior nili 17 x 25 TERCERA CUENTA (CONTROL 1-6)		
23/08/23 (1)		Evaluo radiografia panoramica. Paciente Clase II Esqueletal Mordida profunda Severa Intensa Compresa Con Retencion Oclusal Superior Solicito Exodoncia 18-28. 38-48. Leonardo Moreno Referencia 33		
14/09/23	Exodoncia 18 y 28	Previa explicacion de procedimiento y firma consentimiento se realiza asepsia y antisepsia, colocan campos estriles, se aplica anestesia local, inicialmente 2% CC 1:80000 infiltrativa en 18 y 28, posterior colgajo exodoncia y sutura de 18 y 28, hemostasia compresiva. Se explica, se dan recomendaciones y permisos: Analgesia 500mg c/6h x 7 dias, Naproxeno 100mg 1/4 c/8h x 7 dias, Amoxicilina 500mg c/8h x 7 dias. Se entrega orden para exodoncia de terceros 38 y 48.	Esteban Erazo E. Cirujano Oral y Maxilofacial Universidad Libre C.C. 1026573XXX	Diego Solano

OrtoSonria

OrtoSonria

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA ORAL

Datos de Identificación del Usuario

Nombre y Apellido: Diego Fernando Solano Naranjo
Tipo de Identificación: 105213 **Número de Identificación:** 1052138025
Edad: 17 **Género:** Mas. **Fecha de Nacimiento:** 10-11-2005
Dirección: Calle 5 N° 3-18 **Teléfono:** 3105613156
Lugar: Tunja **Fecha:** 14-7-2023

Yo, Dide Naranjo Diego Fernando Solano identificado (a) con documento de identidad número: 40034408 de Tunja.

He sido informado(a) por el (la) doctor (a): Esteban Erazo sobre la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es): Exodoncia 18 y 28.

Que consiste(n) en: Exodoncia 18 y 28

Los beneficios de la intervención son: AMBIENTACION QUIRURGICA, DEVOLVER O MANTENER SALUD ORAL, PREVENCION DE POSIBLES COMPLICACIONES, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

Es posible que debido a hallazgos intraoperatorios puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el plan quirúrgico, por lo cual autorizo su realización. El cirujano obrará en mi beneficio, teniendo en cuenta mi seguridad como prioridad.

La anestesia local. Testifico que informe las posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones de la coagulación, marcapasos, medicamentos que esta tomando, uso de prótesis dentales o cualquier otro antecedente de importancia. También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local, que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceración y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en tejidos blandos, edema angioneurótico y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior.

No obstante la adecuada selección de la técnica y de su correcta aplicación, podrían presentarse efectos no deseables, bien sean los comunes derivados de todo proceso invasivo, como los asociados ala condición actual del paciente (hipertensión, cardiopatía, diabetes, anemia, edad avanzada, obesidad) y los específicos del procedimiento entre los cuales enunciamos los principales: DOLOR, SANGRADO EXCESIVO, INFECCION, INFLAMACION, LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS, DEHICENCIAS, DESGARRO DEL COLGAJO O TEJIDOS ADYACENTES, PARESTESIAS, LESIONES VASCULARES Y/O NERVIOS IMPORTANTES, FRACTURA DE TABLA VESTIBULAR, FRACTURA DE TUBEROSIDAD DEL MAXILAR, FRACTURA MAXILAR Y/O MANDIBULA, NECESIDAD DE REINTERVENCION, COMUNICACIÓN OROANTRAL, FRACTURA OSEA, FRACTURA DE INSTRUMENTAL, LESION A DIENTES

OrtoSonria

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA ORAL

ADYACENTES OSTEONECROSIS, ALVEOLITIS, EDEMA, SENSIBILIDAD POST OPERATORIA O MOVILIDAD DENTAL, y otros propios del procedimiento como _____.

Generalmente las mencionadas situaciones se resuelven con tratamiento médico (quirúrgico, fármacos, sueros, antibióticos, etc.) pero podrían requerir una intervención en algunos casos de urgencia. Ninguna cirugía o procedimiento especial esta definitivamente exenta de riesgos.

Por mi condición puedo tener además de los riesgos mencionados los siguientes: _____.

El (la) Doctor(a) Esteban Erazo me ha comunicado la naturaleza y finalidad de la intervención quirúrgica o procedimiento especial propuesto y me ha enterado de los beneficios, complicaciones, molestias, alternativas y riesgos. He recibido este documento informativo y he comprendido el significado del procedimiento y sus riesgos. Por tanto, manifiesto que la obligación impuesta por los médicos establecida en el **Artículo 15 de la Ley 23 de 1981** y en las demás disposiciones legales referidas al tema de consentimiento informado del paciente, ha sido cumplida a satisfacción. Así mismo, se me ha explicado que la información procedente de mi atención podrá utilizarse para fines de mejoramiento continuo del quehacer medico y que se garantizará la confidencialidad, seguridad y custodia de la misma.

Doy constancia de que se me ha explicado en lenguaje sencillo y claro, luego de ser informado(a) de las consecuencias y riesgos de la intervención. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis dudas e inquietudes, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente. De igual manera he sido informado(a) de mi derecho a rechazar el tratamiento y a revocar este consentimiento.

En consecuencia, declaro que he leído perfectamente este documento y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

ACEPTO (X) ***NO ACEPTO ( )***

FIRMA Y DOCUMENTO PACIENTE/ACUDIENTE

J. Esteban Erazo E.
Cirujano Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C 1026573428

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Impreso: 2023-07-05

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 557

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1049621376

Favor atender por nuestra cuenta a ROJAS CORDOBA JORGE ESTEBAN identificado con el carne 23350392-D Hijo de MYRIAM CORDOBA SUAREZ Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	55000	55000
Paquete De Ortodoncia (Panoramica-Perfil-Modelos-5 Fotos)	1	130000	130000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 23.350.392

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1049621376**

Nombre JORGE ESTEBAN ROJAS CORDOBA	**Fec. Nacimiento** 14/06/2008	**Edad** 13 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** TUNJA		**Genero** Masculino
Dirección TRANSV 5 N 10-00 CONDOMINIO	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Tipo Aseguradora** Particular	**Fec. Ingreso** 28/08/2021
Teléfono Casa 3206463729	**Teléfono Celular** 3206463729	**Teléfono. Oficina** 3206463929	
EMail	**Ocupación** Estudiante	**EPS** SENA	
Acudiente: MIRIAM CORDOBA		**Teléfono** 3206463729	**Parentesco** Mama
Acompañante		**Teléfono**	**Parentesco** (Ninguno)

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Alergias

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Jorge E. Rojas C

Odontólogo

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Jorge Esteban Rojas Cordoba

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1049624376 FECHA ATENCION INICIAL: _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
07/07/23	ortodoncia	se realiza valoración de ortodoncia, se observa mucodoncia de 12 y 22 pcp buena oclusion 1 a 1 posterior paciente con mordida profunda se sugiere plano de mordida Anterior Presenta empuje lingual se remite a terapia miofuncional tratamiento por 18 meses, se solicita exodoncia de 18, 28, 38 y 48, se toma paquete de Ortodoncia	CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL TEL. 7438582 CARRERA 12 NO. 20-10 TUNJA	

OrtoSonria

Impreso: 2023-06-15

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 446

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 23261456

Favor atender por nuestra cuenta a JIMÉNEZ DE GUIO ANA JOAQUINA identificado con el carne 6766175-C Madre-Padre de GUIO JIMENEZ JAIME ARTURO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Obturacion 1 Superficie Resina	4	47000	188000
Reconstruccion Tercio Incisal Con Resina Fotocurado	1	150000	150000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1002833297

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
08/06/23		Se realiza cuello del 31,32,41 se realiza cuello del 32,41,42,31.		
24/07/23		Se realiza cuello del 32,42,31,41 pulido. Se toma impresiones para protesis inferior diente mucosoportada, se envia a laboratorio para elaborar 10 dts. Se envia modelo antagonista		
08/08/23		Se retiran prueba de modelos se escoge tuflex B3 se envia para laboratorio		

Impreso: 2023-05-24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 300

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 19697135

Favor atender por nuestra cuenta a GUTIERREZ GUEDEZ OSMARIELY NOHEMI identificado con el carne 9530086-F Conyuge de FAJARDO PRECIADO FERNANDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	55000	55000
Birradicular (Incluido Rx) Diente Permanente "No se realiza Endodoncia"	1	325000	325000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 19697135

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **19697135**

Nombre OSMARIELY NOHEMI GUITIERREZ GUEDEZ		**Fec. Nacimiento** 19/08/1990 **Edad** 32 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Genero** Femenino
Dirección SOGAMOSO	**Tipo**	**Cotizante**	**Fec. Ingreso** 26/05/2023
Teléfono Casa 3228782617	**Teléfono Celular** 3228782617	**Teléfono. Oficina** 3228782617	
EMail	**Ocupación** Esteticista	**EPS** SENA	
Acudiente y/o Acompañante: 0	**Identificación** 0	**Teléfono** 0	**Parentesco** Sin Registrar

Motivo de Consulta

CONSULTA

Historia Enfermedad Actual

PACIENTE CON HISTORIA DE DOLOR HACE 2 SEMANAS SIN MANEJO

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación
NINGUNO	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

NINGUNO

Alergias

NINGUNO

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informa oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontolog pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor _____

SOGAMOSO-BOYACÁ

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Damarely Gutierrez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 59 38424 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
29-05-23	Endodoncia	Paciente remitida endodoncia diente 24, (area) con apicectomia ya realizada. Se encuentra obturacion coronal adecuada sobre-crecimiento gingival leve, se palpa gingivectomia adelgazamiento coronal para facilitar procedimiento de aislamiento, ademas se encuentra calificacion coronal, por lo cual se (remite) informa a paciente que se puede presentar leves dias	Dra. Lady M. Pinzón López Odontóloga - Endodoncista U. Javeriana-Santo Tomás R.M. 101840927	
14-Junio-2023		Previo consentimiento informado anestesia infiltrativa con lidocaina 2% con epinefrina 1/50000 1/2 cartucho inicia bisel externo retirando exceso de tejido con fresa pera 24, Gingivectomia 24 indicaciones postoperatorias dieta liquida fria evitar citricos Salidas instrucciones se indica acetaminofen 500mg HC 1 c/6 horas se retira a satisfaccion	Oscar Camacho Riaño Esp. Periodoncia y medicina U. EL BOSQUE C.C. 1033702224	
07-07-23	Endodoncia 24	Anestesia infiltrativa, aislamiento absoluto se encuentra calcificacion de camara pulpar, por lo cual se indica a paciente que puede presentar leves dias,	Oscar Camacho R.M. 101840927 U. Javeriana-Santo Tomás Odontología - Endodoncista Dra. Lady M. Pinzón López	

SOGAMOSO-BOYACÁ

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
31-07-23	Endodonc	Paciente citada para el dia 31-07-23 2:00 p.m. Cita que fue confirmada el dia 29-07-23; paciente NO asiste a consulta, no responde llamadas telefonicas ni MENSAJES	Dra. Lady M. Ortiz Ospino Odontologa - Endodoncista Javeriana-Santo Tomas R.M. 10161097227	
2-8-23	Diente 24	Derivacion Coronal por caries cavidad calificada en tercio cervical, se explica a la paciente la condicion y el riesgo de seguir bajando por una posible perforacion, Diente Asintomatico, con estructuras anatomicas periodiculares normales, la paciente refiere no querer correr el riesgo de perforacion por lo que se propone restaurar con resina y mantener en observacion con Rx periodica 3 o 4 meses en caso de sintomatologia asistir de inmediato		

Impreso: 2023-06-09

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 410

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 46666049

Favor atender por nuestra cuenta a MOLANO NIÑO CARMEN ELVIRA identificado con el carne 19280390-C Conyuge de TARAZONA PRIETO EFREN Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Nucleo En Metal	1	165000	165000
Multiradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	1	430000	430000
Temporalizacion	1	80000	80000
Corona Completa Metal-Porcelana	1	650000	650000

Procedimientos no realizados

OBSERVACIONES

null

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

Dr. Carlos Andres Noguera B.
PERIODONCISTA C.O.C.
RP: 14.180.284

Médico/Odontólogo Asesor

46.666.049 Dmg

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **46666049**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
CARMEN ELVIRA MOLANO NIÑO		03/06/1970	48 años	Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Femenino
Dirección --	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 15/04/2019
Teléfono Casa 3132888068	**Teléfono Celular** --	**Teléfono. Oficina** --		
EMail --	**Ocupación** INDEPENDIENTE	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: EFREN TARAZONA PRIETO	**Identificación** 19280390	**Teléfono** 3105536510		**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta

para tratamiento.

Historia Enfermedad Actual

No refiere.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
NO.	

Antecedentes

Tipo	Observación
NO	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

NO refiere

Alergias

NO refiere.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra. Laura M. Ortiz
Especialista Prostodoncia
C.O.C.

Doctor

46.666.049 Stria

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Carmen Elvira Molano

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: CC 46666049 **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
06-11-2021 11:00 am	Prueba de Cerámica	Se realiza valoración de Odontología. Prueba de cerámica de coronas dsde 15 y 35 color aprobado por la paciente adaptación, ajuste de guías contorno con la paciente aprobado. Se envía para glaseado y cargado.	Ruby L. Orlandia Cabra ODONTÓLOGA - U. NACIONAL C.C. 1052394861	
16-11-2021 11 am	Cementación	Se realiza cementación de coronas metal-cerámica dientes 15 y 35 a satisfacción de la paciente se dan indicaciones y recomendaciones por escrito Rehabilitación de coronas MC ø. Paciente sale en buenas condiciones de salud	Ruby L. Orlandia Cabra ODONTÓLOGA - U. NACIONAL C.C. 1052394861	
26-11-2021		Se realiza valoración de Odontología. Control de coronas dsde 15 y 35. Buena adaptación de la paciente paciente asiste a consulta, en buenas condiciones	Ruby L. Orlandia Cabra ODONTÓLOGA - U. NACIONAL C.C. 1052394861	
17/11/22	Resina 15.	paciente asiste a consulta, firma de consentimiento informado, se realiza restauración en diente 15 de 4 superficies, oclusо-Mesio-disto-palatina, se realiza bajo aislamiento de rosinar, se verifica oclusión, se eliminan excesos, se pule, se brilla, se dan recomendaciones paciente sale en buenas condiciones	Dra. Erika Montes ODONTOLOGA GENERAL C.C. 1087489708	
26-05/2023		se toma rx panoramica.		
16-06-23	Valoración Endodoncia	paciente remitida endodoncia diente 37, se realiza prueba de sensibilidad la cual es positiva, por hallazgos clínicos y radiográficos		

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO
		no amerita endodoncia por el momento, se realiza interconsulta con odontologia general quienes recomiendan Terapia.	
21-06-23		Paciente asiste a consulta odontologica, se realiza preparacion de cavidad para realizar corona se programa cita para toma de impresion definitiva, paciente manifiesta conformidad y sale por sus propios medios	Thersa Marena Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040
30-06-23		Paciente asiste a consulta odontologica, se realiza colocacion de hilo retractor diente 37, se realiza toma de impresion definitiva con silicona liviana y pesada para corona individual dicho diente se toma color 2L 2,5 Gracias	Thersa Marena Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040
26-07-23		Paciente asiste a consulta odontologica se realiza Prueba adaptacion y cementacion de corona Metal ceramica diente 37. Se verifica oclusion y SP Pole, se cita para control a los 8 dias. Paciente manifiesta conformidad y sale por sus medios	Thersa Marena Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040

OrtoSonria

CONSENTIMIENTO INFORMADO REHABILITACION ORAL

Datos de Identificación del Usuario

Nombre y Apellido: Carmen Elvira Ulloa
Tipo de Identificación: Cedula **Número de Identificación:** 46666049
Edad: _____ **Género:** F **Fecha de Nacimiento:** 03-06-70
Dirección: _____ **Teléfono:** _____
Lugar: _____ **Fecha:** _____

El (la) suscito (a), Carmen Moreno Niño identificado (a) como aparece al pie de mi firma, en mi calidad personal ( ) y/o, como representante y responsable del paciente cuyo nombre e identificación se encuentra registrado al inicio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales. DECLARO: Que el/la profesional: - Jherson Moreno Salcedo, Odontóloga General, me ha explicado la necesidad sobre realizar el procedimiento odontológico de **REHABILITACION ORAL (PROTESIS FIJA Y/O REMOVIBLE PARCIAL O TOTAL).** El propósito principal es la reposición total o parcial de las piezas dentarias ausentes, o la reconstrucción anatómica de los dientes que han perdido estructura. La intervención consiste en la preparación de la boca mediante el tallado de los dientes adyacentes, o bien del correcto manejo de los tejidos blandos, y en la forma de impresión para la confección de los modelos. Se me han explicado los riesgos y complicaciones que se puedan presentar durante o después de realizado del tratamiento, tales como: Nauseas, ulceraciones, molestias, movilidad en caso de poco soporte óseo, des cementación de temporales y coronas definitivas, fractura de la estructura metálica o de la porcelana, fractura de prótesis, pre implantitis asociada a la mala higiene, con lo que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, uso de aditamentos que corrijan posición de implantes, necesidad de cirugías periodontales para mejorar los defectos óseos y que puedan prolongarse por algún tiempo, por lo que deberé acudir periódicamente al consultorio. Sin embargo, igualmente entiendo que durante el tratamiento y después del mismo, deberé cuidar meticulosamente la higiene oral mediante las técnicas y recomendaciones que se me han indicado y entregado. **ADMINISTRACION DEL ANESTESICO LOCAL.** También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local cuyo principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la tabla que se encuentra al final del presente documento y que hace parte del mismo; que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceración y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en

OrtoSonria

CONSENTIMIENTO INFORMADO REHABILITACION ORAL

tejidos blandos, edema angioneurótico y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior. Declaro haber leído y comprendido el contenido del presente documento, la magnitud, alcance y posibles consecuencias, secuelas o molestias derivadas del procedimiento que me fue explicado por la odontóloga, en un vocabulario que es comprensible, aclarando dudas. En tales condiciones, **CONSIENTO** Que se me practiquen los procedimientos odontológicos necesarios y relacionados en este documento. Prueba, adaptacion y cementacion de corona de diente 37

Para constancia se firma en la ciudad de Sogamoso a los 26 (_____) días del mes de Julio del año 2023 (_____).

Firma del paciente o su responsable
Y Especializado
Legal y/o persona Responsable
CC. Nro. 46.666.049 de Dtma

Jherson Moreno Salcedo
ODONTÓLOGO
UNICOC
CC 1053588047

Firma de la Odontólogo General
T.P. Nro. _____
CC. Nro. _____

Impreso: 2023-07-07

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: BOYACA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 575

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 9525341

Favor atender por nuestra cuenta a ORDUZ CARO HÉCTOR HUGO identificado con el carne 46359022-C Conyuge de COLMENARES GALINDO AURA LUZ Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	25000	25000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

Impreso: 2023-07-10

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 591

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 9525341

Favor atender por nuestra cuenta a ORDUZ CARO HÉCTOR HUGO identificado con el carne 46359022-C Conyuge de COLMENARES GALINDO AURA LUZ Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	55000	55000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 9525341

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **9525341**

Nombre HECTOR HUGO ORDUZ CARO		**Fec. Nacimiento** 10/04/1962	**Edad** 57 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Masculino
Dirección CALLE 14 N 16 A 19	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 08/04/2019
Teléfono Casa 3005586769	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
EMail	**Ocupación** INDEPENDIENTE	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: AURA LUZ COLMENARES	**Identificación** 46359022	**Teléfono** 3134638821		**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta
Vengo por tratamiento

Historia Enfermedad Actual
Valoracion valuada por SENA.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Niega	

Antecedentes

Tipo	Observación
Niega	

Hábitos

Tipo	Observación
Niega	
NINGUNO	

Medicamentos en Uso
Niega

Alergias
Niega

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra. DATALIA GONZALEZ P
ODONTOLOGA GENERAL
UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
RE 36470

Doctor

EVOLUCION DE TRATAMIENTO

OrtoSonria

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
13-04-19		Se valora pieza 38 con 48 ov. Se deja recuerdo de cuidado postto.		
Abril/30/24		paciente remitido para endodoncia de 47. clinicamente se observa fractura coronal y en Distal gingival profunda y caries en raiz D. rx se observa zona radiopaca intra conducto compatible con obturación radicular mal pronostico no hay relación Corona- raiz mal pronostico se remite para endodoncia resto radicular diente 47 se valora con por endodoncia	Nancy M. Ortega Ospina ODONTÓLOGA - ESTOMATÓLOGA C.O.C. ESTUDIANTE REG. 006957	
09-05-19		Se realiza exodoncia de resto radicular diente 47 segun concepto de endodoncia diente con mal pronostico para ser rehabilitado. Se anestesia. N. dentario inferior. largo bucal y lingual, se extrae sin complicaciones. Se dan indicaciones de cuidado postto.	Dra. Katherine Gonzalez Odontologa C.C. El Bosque R.P. 3876	
11-07-23	Valora/	Diente 37 caridad sellado con corona completa, desadaptada en Rx panoramica se evidencia caries radiculares, se explica al paciente la anomalia		

SOGAMOSO-BOYACÁ

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
11-07-23		Se ordena Rx periapical y descementación de corona una vez se pueda valorar clinicamente el resultado definitivo tratamiento, paciente asintomatico y queda a satisfacción		
11/07/23		se toma RX panoramica impresa.		

Impreso: 2023-06-28

Servicio Medico Asistencial - SENA | Regional: BOYACA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 527

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Telefono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1002558802

Favor atender por nuestra cuenta a PATIÑO PEREZ CAMILA ANDREA identificado con el carne 9399100-E Hijo de PATIÑO CAMACHO JOSE GABRIEL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Superficie Adicional	3	28000	84000
Obturación 1 Superficie Resina	3	47000	141000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: nlforeroc

Powered by CamScanner

Ortodoncia

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **1002558802**

Nombre CAMILA ANDREA PATIÑO PEREZ		**Fec. Nacimiento** 03/08/2001 / **Edad** 17 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Genero** Femenino
Dirección KM 5 VIA IZA	**Tipo**	**Cotizante**	**Fec. Ingreso** 08/05/2019
Teléfono Casa 31255550878	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**	
EMail	**Ocupación** ESTUDIANTE	**EPS** SENA	
Acudiente y/o Acompañante: JOSE GRABRIEL PATIÑO	**Identificación** 9399100	**Teléfono** 3118750263	**Parentesco** Papa

Motivo de Consulta

"tratamiento"

Historia Enfermedad Actual

sistemicamente sana

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
ninguno	ninguno

Antecedentes

Tipo	Observación
ninguno	ninguno

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

sistemicamente sana

Alergias

no alergico.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra Lizeth Vega Nova
ODONTOLOGA
Colegio Odontologico
REG 85-204/13

Doctor

SOGAMOSO-BOYACÁ

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Camila patiño

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1002255 8802 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
18/02/23		Se realizá remoción de resinas en el 26, 46 y 47 y se restauró con resina fluida, se desgasta la oclusión y se eliminan excesos	Dra. Laura Sofía Ortiz Galvis Odontóloga UDES	

Recibo de 18-2-23 18-2-23 $ Natalia

Impreso: 2023-07-18

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 623

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 40380163

Favor atender por nuestra cuenta a HERRERA RINCON EDNA FABIOLA identificado con el carne 13258419-G Conyuge de ORJUELA SANTAMARIA ALFREDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	55000	55000

OBSERVACIONES

VALORACION POR MAXILOFACIAL

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 110-380-163

creada por: pmoreno

Impreso: 2023-07-18

SENA

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 622

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 40380163

Favor atender por nuestra cuenta a HERRERA RINCON EDNA FABIOLA identificado con el carne 13258419-G Conyuge de ORJUELA SANTAMARIA ALFREDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	55000	55000

OBSERVACIONES

VALORACION POR ORTODONCIA

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

C.C. 40.380.163

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **40380163**

Nombre EDNA HERRERA RINCON	**Fec. Nacimiento** 06/09/1966	**Edad** 56 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Genero** Femenino
Dirección SOGAMOSO	**Tipo**	**Cotizante**	**Fec. Ingreso** 08/09/2022
Teléfono Casa 3115133216	**Teléfono Celular** 3115133216	**Teléfono. Oficina** 3115133216	
EMail	**Ocupación** MEDICO VETERINARIO	**EPS** SENA	
Acudiente y/o Acompañante: NF	**Identificación** NF	**Teléfono** NF	**Parentesco** Sin Registrar

Motivo de Consulta

"Limpieza"

Historia Enfermedad Actual

Asintomatico

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Hipertension, hipotiroidismo.	Artrosis. Gastritis, Insuficiencia Venosa

Antecedentes

Tipo	Observación
No refiere	

Hábitos

Tipo	Observación
No refiere NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Micardis, Eutirox 25, Calcio, vit D, ASA (Atorvastatina)

Alergias

No refiere.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra. Erika Montes
ODONTOLOGA GENERAL
C.C. 1.087489.708

Doctor

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
08-09-23	Detartraje profilaxis	Paciente asiste a consulta para realizar detartraje 6 cuadrantes con ultrasonido, se aplica xilocaina, se formula K-tnx enjuague bucal 3 veces al dia por 30 segundos, se dan recomendaciones, paciente sale en buenas condiciones Se observan abfracciones en varias piezas dentales, paciente refiere sensibilidad y molestia al realizar el cepillado, manifiesta que le han recomendado diferentes tratamientos por lo que se remite a periodoncia para valoracion.	Dra. Erika Montes ODONTOLOGA GENERAL C.C. 1.087489.708	
12-09-23		paciente acude a consulta ortodoncia, refiere dolor articular, presenta ruido, articular en apertura lado, izquierdo. se remite a cirugia maxilofacial y a rehabilitacion.		

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
18-07-23	Consulta Cx Maxilofacial	Paciente femenino de 56 años con cuadro clínico de desarmonía dentaria a la izquierda desde hace 1 año, acompañado de dolor y molestia al masticar, cefalea ocasional, dolor muscular, tinnitus ocasional, bruxismo, sensación de plenitud auricular. Clínicamente no presenta desviación mandibular, hipertonía dolorosa de músculos cervicales y de la masticación, clínicamente a apertura derecha, No limitación de apertura, Mobert izquierda, Oclusión dentaria de clase I, molares dentales y apiñamiento, se observa presencia de caries en premolar sup. der. Buccinador, Incisivo mandibular derecho. Se indica: ① Terapia física ② Terapia fonoaudiología ③ Resonancia Magnética de ATM ④ Volver No pos Ortodoncia x Rehabilitación ⑤ Consulta Cx Maxilofacial CIE10 es K076 trastorno de la articulación temporomandibular.		

Esteban Erazo S.
Cirujano Oral y Maxilofacial
Universidad ...
CC 1026...

Tunja: Cra 12 ... Cel. 320 491 4004 • ortosonria10@...
Tel. 7421429 • Carrera 10 Nº 12 - 60 a media cuadra del parque de la Villa
... 300 6198 • ortosonriasogamoso@gmail.com
... 7004 • 310 5002194

Impreso: 2023-07-24

SENA

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 666

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1054283232

Favor atender por nuestra cuenta a MARTINEZ AMADO ANGELI CATHERINE identificado con el carne 9521530-D Hijo de MARTINEZ CASILIMAS HUMBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	25000	25000
Consulta Con Odontologo Especialista	1	55000	55000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Angeli Martinez

Recibido a Satisfacción C.C. 1054283232

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1054283232**

Nombre ANGELI CATHERINE MARTINEZ AMADO		**Fec. Nacimiento** 06/05/2005	**Edad** 14 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Femenino
Dirección CALLE 2 C SUR N 13-23	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 08/05/2019
Teléfono Casa 3102897339	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
EMail	**Ocupación** ESTUDIANTE	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: MARIA VICTORIA AMADO	**Identificación** 46356150	**Teléfono** 3102897339		**Parentesco** Mamá Sin Registrar

Motivo de Consulta

" REVISION"

Historia Enfermedad Actual

SISTEMICAMENTE SANO

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
NINGUNO	NINGUNA

Antecedentes

Tipo	Observación
NINGUNO	NINGUNA

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

NO REFIERE

Alergias

NO REFIERE

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra Lizelli Mejia Mejia
ODONTÓLOGA

Doctor

OrtoSonria
Prótesis Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Angeli Martinez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1054283232 **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		22-23 – 12-13 33-34 – 43-41.		Angeli Martinez
14-1-23		Verifica Retención Gn Control, Pca Retiro de Ortodoncia Solicit de Pase Área Cirugía - Ingreso e Instruir.		
27-07-23	Ortodoncia	Presento Control Borde a Borde Anterior que refuerze Continuo con el tratamiento de ortodoncia por 6 meses	Dr. Jorge Eduardo De la I Ortodoncista E.I.E.O. T.P. 5380	Angeli Martinez
27/07/23	Radiología	Se toma Rx Panorámica Impaga.		

Impreso: 2023-07-18

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 621

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 33448015

Favor atender por nuestra cuenta a BERNAL DE ALVAREZ VILMA identificado con el carne 4262839-B Conyuge de ALVAREZ BERNAL FADUL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Obturación 1 Superficie Resina	3	47000	141000
Superficie Adicional	3	28000	84000
Consulta Con Odontologo Especialista	1	55000	55000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 33448015

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **33448015**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
VILMA BERNAL		02/10/1947	71 años	Casado(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
CRA 9A N 18-72				24/08/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
313420587				
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	HOGAR	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
JULIA TERESA ALVAREZ	-{-	7719530		Hijo(a)

Motivo de Consulta

"Para arreglarme los dientes"

Historia Enfermedad Actual

No refiere.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Hipertensa, Soplo cardíaco, Artrosis, hipotiroidismo	

Antecedentes

Tipo	Observación
Catetensmo, Visicula biliar,	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Diovart, Algimide F, Nabila, Lansopep, sintroid, Atorvastatina.

Alergias

No refiere.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor Lesly Guerrero Rivera
Odontóloga Unimag
R.O. 470975

Vabración Endodoncia.

Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: VILMA BERNAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 33 448015 · **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
15-06-23	RX	PACIENTE SE TOMA RX PANORAMICA.		
16-06-23	VALORACION ENDODONCIA 23	PACIENTE ASPTE ACUDE A VALORACION DIENTE 23, CLINICAMENTE PROTESIS PARCIAL FIJA DE 23 A 13, A NIVEL DE DIENTE 23 SE (E) ENCUENTRO CORONA DESADAPTADA, FILTRACION, A NIVEL RADIOGRAFICO, SE ENCUENTRA ZONA RADIOLUCIDA ENTRE CORONA Y RAIZ COMPATIBLE CON CARIES, SE INFORMA A PACIENTE QUE NO SE PUEDE REALIZAR ENDODONCIA POR FILTRACION, CARIES, SE RECOMIENDA VALORACION CON REHABILITACION PARA EVALUAR RETIRO DE PROTESIS FIJA.	Clínica Ortosonria CRA 10 No. 12-60 PARQUE DE LA SALUD SOGAMOSO Asesor Comercial	Vilma Bernal
01/JU/23		PACIENTE ASPTE, SE REALIZA VALORACION, SE SUGIERE REMOCION CORONA 23, 41, 13 DESOBTURACION 47, 23, ENDODONCIA 44, 23, ALARGAMIENTO CORONAL 44, 27, PERNO 23, PROVISIONALES DE 22, 21, 11, 12, 13, CORONAS 22, 21, 11, 12, 13, PERIAPICAL 14-15 POSTERIOR A LA RETIRADA DE LAS CORONAS DEBE RECEMENTARSE.	Dra. Lady Vill Prosthodontist Odontóloga - Endodoncista U. Javeriana-Santo Tomás R.M. 101839127	Vilma Bernal
27/7/23	Resinas	Se realizó remoción de resina vestibular mesial de 22 en mal estado, y		Vilma Bernal

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		caries vestibular y mesial del 27, y se restaurá caudad del 44 oclso distal se prepará y se restaurá con resina bulk, se chequea oclusión.	Dra. Laura Peláez Galeano CC 1 234 990 264 Reg. [illegible] Odontóloga UAM	
02/08/23	Resina 1 sup del 45	Se realizó remoción de restauración en mal estado y caries mesial del 45 se restaurá con resina.	Dra. Laura Peláez Galeano CC 1 234 990 264 Reg. [illegible] Odontóloga UAM	

Impreso: 2023-07-25

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 674

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 46352318

Favor atender por nuestra cuenta a FONSECA CRUZ MARIA DEL CARMEN identificado con el carne 4242782-C Conyuge de GONZALEZ PEREZ LUIS GUILLERMO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	25000	25000

OBSERVACIONES

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 46352318

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **463522318**

Nombre MARIA DEL CARMEN FONSECA CRUZ	**Fec. Nacimiento** 26/01/1957	**Edad** 62 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Genero** Femenino
Dirección CALLE 17 N 13-32	**Tipo**	**Cotizante**	**Fec. Ingreso** 20/08/2019
Teléfono Casa 3106965586	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**	
EMail	**Ocupación** AMA DE CASA	**EPS** SENA	
Acudiente y/o Acompañante: LUIS GUILLERMO PEREZ	**Identificación** 4242782	**Teléfono** 3223446915	**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta

para tratamiento odontologico.

Historia Enfermedad Actual

NO.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
NO.	

Antecedentes

Tipo	Observación
Gastritis.	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

No refiere.

Alergias

NO refiere. - anestesia antecedente.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra. Laura M. Ort
Odontologa Practicante

Doctor C.O.C.

1. [signature]

EVOLUCION DE TRATAMIENTO

OrtoSonria

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
20/08/19		se realiza detartraje. x 4, se dan recomendaciones.		
21/08/19	ope.	se realiza. retiro de. diente 12 VMP y 23 MP. color A1. se pide, de bolla y se dan recomendaciones.		
22/08/19	Ope.	se realizó retiro de. 33 MVP - 31 MID - 41 MID - 43 IP. color. A3 de pide y de bolla, se dan recomendaciones		
02-10-19.		Se realiza pulido interproximal de dientes 12 - 41 - 23		
17-10-19		VALORACION RECORDANDO EL TRATAMIENTO PERIODONTAL DISPONIBLE TRATAMIENTO LOS, EN 44 y 37 PRESENTA PERIODONTITIS CRONICA AVANZADA PRONOSTICO MALO. SE RECOMIENDA Extracción y Protesis.	Carlos Rojano PERIODONCISTA RP 265	
25-07/23		Se toma Rx Panoramica.		

Impreso: 2023-07-26

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 684

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1188968646

Favor atender por nuestra cuenta a GONZALEZ ORTIZ CAMILO identificado con el carne 9523767-F Hijo de GONZALEZ ROA NELSON Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	25000	25000

O B S E R V A C I O N E S

null

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

Médico/Odontólogo Asesor

Leidy yurani ortiz Serrato 1 105-305-071.

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

HISTORIA CLINICA

Nombre CAMILO GONZALEZ ORTIZ			Tarjeta de Identidad **1188968646**	
		Fec. Nacimiento 25/07/2012	**Edad** 11 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Masculino
Dirección SOGAMOSO	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 27/07/2023
Teléfono Casa 00	**Teléfono Celular** 00	**Teléfono. Oficina** 00		
EMail	**Ocupación** Estudiante	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: LEIDY ORTIZ	**Identificación** 1105305071	**Teléfono** 00		**Parentesco** Mama

Motivo de Consulta

NO

Historia Enfermedad Actual

Asintomático, Tiempo de Evolucion: 0 Horas

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
(Negativo para todos los sistemas)	

Antecedentes

Tipo	Observación
Familiares: (Sin antecedentes médicos de importancia para realizar tratamiento odontológico) Personales: (Sin antecedentes médicos de importancia para realizar tratamiento odontológico)	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

NIEGA

Alergias

NIEGA

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, CAMILO GONZALEZ ORTIZ Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor
CLINICA ORTOSONRIA SOGAMOSO
Reg.9002422209

Acudiente
LEIDY ORTIZ
1105305071

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Camilo Gonzalez Ortiz.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1188968646 FECHA ATENCION INICIAL

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
26/07/23		Se toma Rx Panoramica.	Cindy Ortiz Jerado	