PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Sogamoso, Agosto 2024

Señora
Luz Stella Pardo Suescún
SUPERVISORA CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6432152
Profesional Servicio Médico Asistencial
SENA- Regional Boyacá
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual mes junio -julio del 2024.

Referencia: No. CO1.PCCNTR.6432152

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: TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (35.000.000)

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 1-00824 DE 2022 incrementadas con el IPC 2023 y de acuerdo a la propuesta económica presentada por el oferente; el contratista deberá presentar:

a) El contratista sí está obligado, debe cargar en el SIIF Nación la factura electrónica correspondiente con el cumplimiento de los requisitos fiscales y legales y los soportes de cada una. Esta debe ser aprobada por el Supervisor del Contrato. Cuando se realice un contrato con empresa auto-retenedora, ésta debe informar en la factura esta condición a fin de no efectuar la correspondiente retención

b) Informe suscrito por el supervisor en el que conste que se ha cumplido ha entera satisfacción con el objeto.

c) Certificación de que se encuentra al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar. 2 GCCON-F-021 V.02

d) Estampillas Pro – Desarrollo de la UPTC.

e) Copia del pago realizado por el concepto de aportes a seguridad social y parafiscal.

f) La disponibilidad de PAC que para los efectos se le hayan definido al Centro de Formación por parte de la dirección administrativa y financiera del SENA.

g) Con la factura se debe anexar el formato de relación de servicios prestados, el cual será suministrado por el SENA. Según lo señalado en el Art. 19 de la Ley 1150 de 2007, EL SENA respetará el orden de presentación de los pagos por parte de los contratistas.

No obstante, si las facturas no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para pago sólo empezará a contarse desde la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación alguna por parte del SENA.

Para efectos de pago, es necesario que el contratista cargue en la plataforma Secop II los soportes y documentación requerida para el pago y aprobación por parte del supervisor, según los documentos cargados. Así mismo, las facturas y notas crédito deben estar cargadas en la plataforma Olimpia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Plazo: HASTA EL 31DE DICIEMBRE DE 2024 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 JUNIO y 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 Junio y 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 JUNIO y JULIO publicado en
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	Secop II
El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial presentando los siguientes documentos: • Carnet vigente • Documento de identidad para adultos y tarjeta de identidad para menores de edad	Atención a beneficiarios según órdenes de atención expedidas por los odontólogos asesores del Servicio Médico Asistencial	Formato Relación de Servicios prestados del mes de JUNIO Y JULIO publicado en Secop II, soportes de atención de cada beneficiario atendido en los consultorios de Sogamos y Tunja

• 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 JUNIO y 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° ELS1875, formato relación de servicios prestados del mes de JUNIO y JULIO 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 Ministerio de la Protección Social,	Cumplimiento del requisito en la propuesta presentada en la plataforma Secop II	Protocolo de Bioseguridad publicado en Secop II

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.** 9469373163 y 9470931881 **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.6432152
DE 2024

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

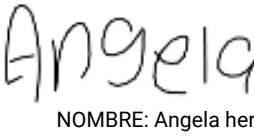
FECHA: 2024-07-29T15:44:41
MANIFIESTO: 4209661
ID CLIENTE: 37832
CLIENTE: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS
DIRECCION: CR 12 20 10
CIUDAD: TUNJA
NIT: 900242209
CC OPERARIO: 1002366805
OPERARIO: JORGE YESID QUINTERO MATEUS
CC AUXILIAR: 7182241
AUXILIAR: ALVARO DAVID ACUNA DIAZ
VEHICULO: TAX 748

RESIDUOS

RESIDUO	CANT/KG
BIOSANITARIOS	1 / 10

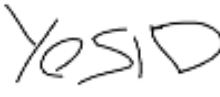
TOTAL Cantidad: 1
TOTAL Kilos: 10.00

CLIENTE



NOMBRE: Angela herrera
CC: 35896072
TEL: 0000

OPERARIO



NOMBRE: JORGE YESID QUINTERO MATEUS
CC: 1002366805

	Versión: 02
	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
PACIENTES TUNJA						
1	1049621376	JORGE ESTEBAN ROJAS CORDOBA	497	03/07/2024	Obturación 1 superficie Resina (2)	$ 86.000
					Consulta Odontólogo Especialista (Ortodoncia)	$ 60.000
					Cuota Inicial	$ 700.000
					Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y5 fotos)	$ 150.000
2	1002330748	DAIRA VALENTINA CARVAJAL MENDEZ	550	10/07/2024	Obturación 1 superficie Resina (4)	$ 172.000
					Panorámica	$ 28.000
3	40042492	CLAUDIA INES MENDEZ GALAN	551	10/07/2024	Consulta Odontólogo Especialista (Rehabilitacion)	$ 60.000
					Panorámica	$ 28.000
					Periapical y Coronal (2)	$ 28.000
4	1051071046	KAREN JULIANA PUENTES SAAVEDRA	605	18/07/2024	Panorámica	$ 28.000
					Cuarto Pago	$ 800.000
PACIENTES SOGAMOSO						
1	1145328052	GABRIEL ALEJANDRO PATIÑO MARTINEZ	525	09/07/2024	Consulta Odontólogo Especialista	$ 60.000
					Panorámica	$ 28.000
2	1058354659	DANNA VALENTINA MONTAÑEZ CORREDOR	523	09/07/2024	Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y5 fotos)	$ 150.000
					Consulta Odontólogo Especialista (Ortodoncia)	$ 60.000
3	1058353814	KEVIN ALEJANDRO MONTAÑEZ CORREDOR	522	09/07/2024	Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y5 fotos)	$ 150.000
					Consulta Odontólogo Especialista (ortodoncia)	$ 60.000
4	209396686	MARTHA ISABEL RODRIGUEZ CANON	521	09/07/2024	Panorámica	$ 28.000
5	1054283232	ANGELI CATHERIN AMADO MARTINEZ	562	16/07/2024	Obturación 1 superficie Resina	$ 43.000
					Superficie adicional (2)	$ 54.000
					Panorámica	$ 28.000
6	40380163	EDNA FABIOLA HERRERA RINCON	613	22/07/2024	(panorámica-perfil-modelos y5 fotos)	$ 150.000
					Consulta Odontólogo Especialista (Ortodoncia)	$ 60.000
			624	24/07/2024	Cuota Inicial	$ 700.000
					VALOR TOTAL	$ 3.711.000

TUNJA	$ 2.140.000
SOGAMOSO	$ 1.571.000
TOTAL CUENTA JULIO ELS1875	**$ 3.711.000**

Impreso: 2024-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 497

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
Obturación 1 Superficie Resina	2	43000	86000
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000
Cuota Inicial	1	700000	700000
Paquete De Ortodoncia (Panoramica-Perfil-Modelos-5 Fotos)	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 23·350·392 C.C.

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Jorge Esteban Rojas Cordoba — CONYUGE HIJO ☒ PADRE HERMANO — T.D. ☐ T.I. ☐ R. ☐

EDAD 16 — SEXO M ☐ F ☐ — CARNE: 2330396 — DOCIDENT. DE — FAMILIAR DE: Yuliom Cordoba Suarez

De Dr. Javier Barreto — Tipo de Servicio — Clínica o Hospital

Al Dr.

SIGNOS CONVENCIONALES

●	CARIES O RECIDIVA	ROJO
■	OBTURADO	AZUL
○	CORONA COMPLETA	AZUL
=	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
—	SIN ERUPCIONAR	AZUL
⋮	EXTRAIDA	AZUL
◯	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
∠	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

FECHA — DIA — MES — AÑO — EXAMEN INICIAL — Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Consulta 1 Subs
X2
Dientes 36
Paquete Ort
X1
Consulta Odo
especialista
Cuota Inicial
Ortodoncia

Dr. Javier A. Barreto R.
Cirujano Maxilofacial
R.M. 44535

FECHA — DIA — MES — AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005

Powered by CamScanner

Jorge Esteban
Rojas Cordoba

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 estabiecidas.



SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner



23350392-D

Jorge Esteban

Rojas Cordoba

Id. N°. 1,049,621,376 de Tunja

Fecha de Nacimiento: 14/06/2008

RH: B+

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1049621376**

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

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Ninguno	

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 informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dr. Daniel Alfonso
ODONTÓLOGO
COLEGIO ODONTOLÓGICO
C.C. 1007142488

Odontólogo

Jorge E. Rojas C

Powered by CamScanner

OrtoSonria

Jorge Esteban Rojas Cordoba **NOMBRE DEL PACIENTE:**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1049621376 **FECHA ATENCION INICIAL:** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
01/07/23	ortodoncia	se realiza valoración de ortodoncia, se observa microdoncia de 12 y 22 pero buena oclusion 1 a 1 posterior paciente con mordida recorde se agrege 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	
03/07/24	Entrega	se le entrega orden de Rx y etc de ortodoncia digital		
3-07-24	Ortodoncia	Paciente Masculino de 16 años. Con diastemas Generalizados en el maxilar superior Linea media superior no coincide con la linea facial. Presenta molares intruidos y Retenidos. Caninos y laterales y perfil recto. Requiere tratamiento de ortodoncia por 18 meses	Dr. Jorge E. Lora Dela T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. T.P. 5360	

OrtoSonria

Powered by CamScanner

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Jorge Coldan Rojas

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1019621376 FECHA ATENCION INICIAL: _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
08-07-2024	Operatoria	Paciente ingresa por sus propios medios, se realiza registro de datos #36 (O) #37 (O) se pule, se cita y se dan recomendaciones y sale por sus propios medios	Dr. Daniel Alfonso Ortodoncista Colegio [illegible]	
Control: Julio 24 PRIMERA CUENTA. (CONTROL 1-6)				
3-07-24 3:00 3:15	ortodoncia	Consentimiento Brackets Superior Pro Old de mi proxima cita Toma de Posicion en U y 21 Comentar los dientes inferiores (1)	Dr. Jorge E. Loro De la T. Ortodoncista U.S.C.I.E.O. - T.P. 5380	
10-08-24 12:15 12:30	ortodoncia	Brackets Old de mi Superior Combo Listo (2).	Dr. Jorge E. Loro De la T. Ortodoncista U.S.C.I.E.O. - T.P. 5380	

OrtoSonria

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-10

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 550

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: 1002330748

Favor atender por nuestra cuenta a CARVAJAL MENDEZ DAIRA VALENTINA identificado con el came 19055752-F Hijo de CARVAJAL LEAL JOSE ARGEMIRO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Obturación 1 Superficie Resina	4	43000	172000
Panoramica	1	28000	28000

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

Daira Carvajal.

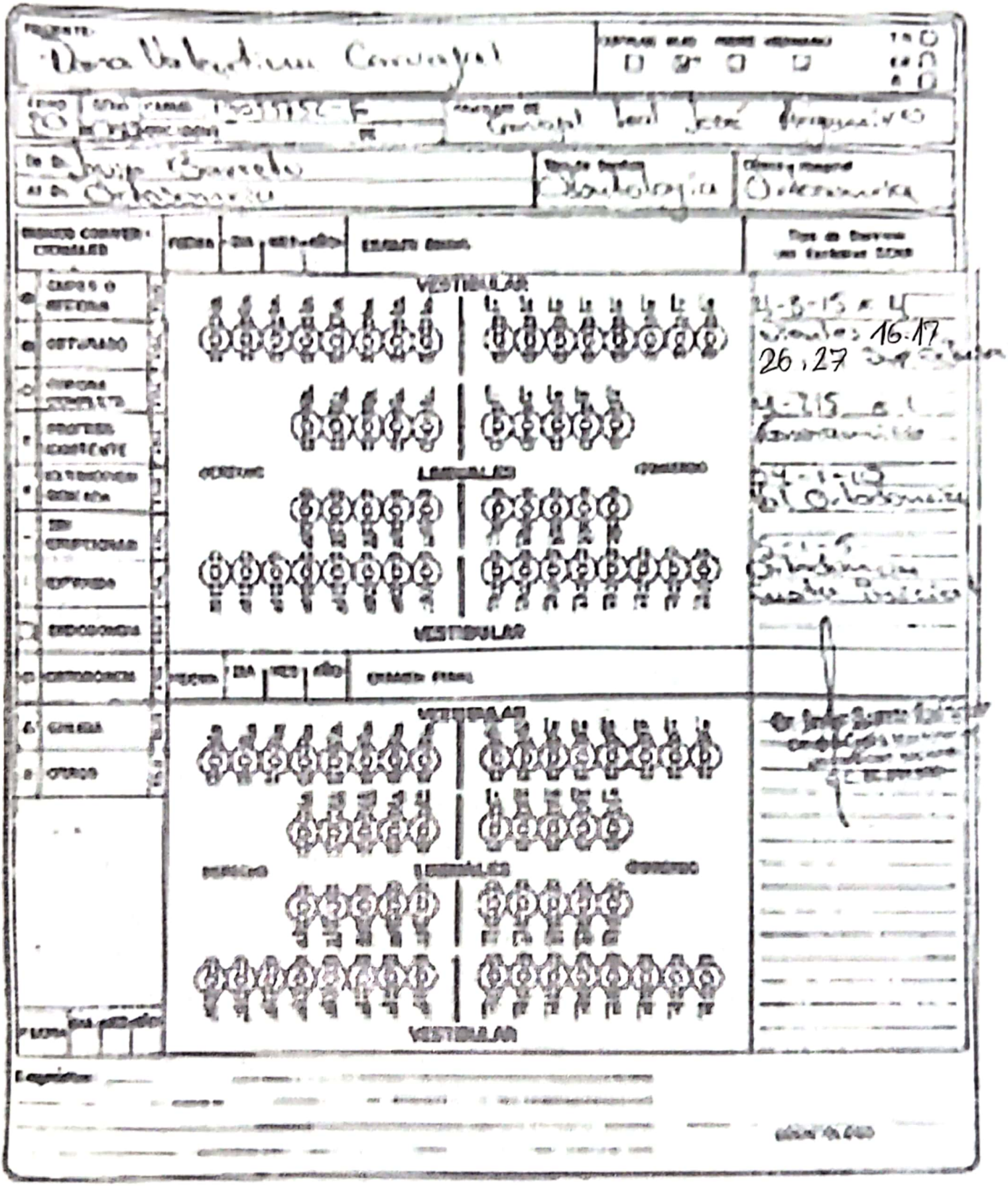
Recibido a Satisfacción C.C. 1002330748.

creada por: pmorano

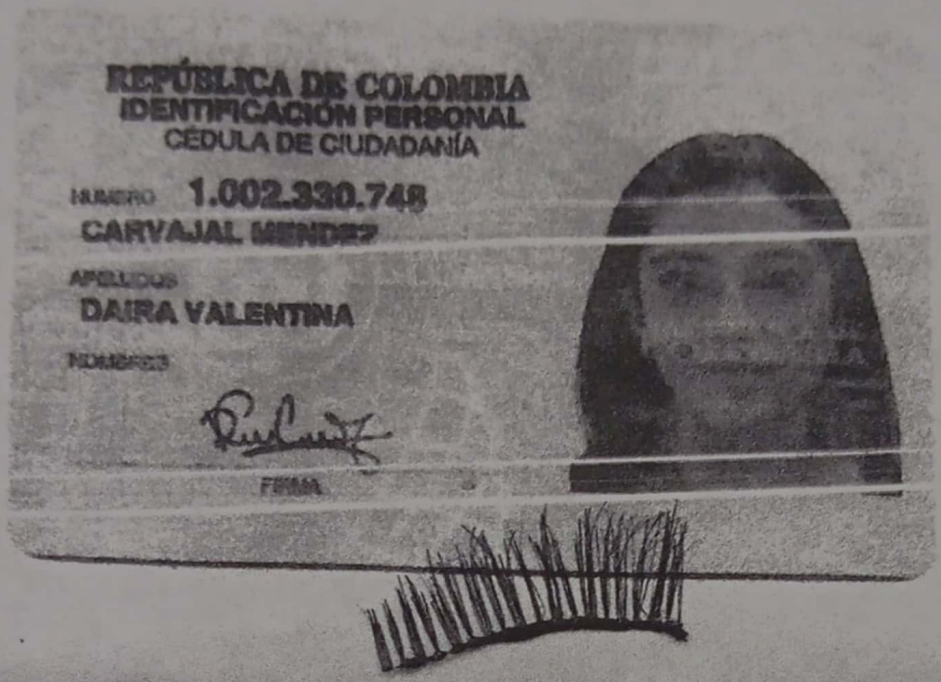
Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA



Powered by CamScanner





19055752-F

Daira Valentina

Carvajal Mendez

Id. N°. 1002330748 de Tunja

Fecha de Nacimiento: 14/10/2003

RH: O-



Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1002330748**

Nombre DAIRA VALENTINA CARVAJAL MENDEZ	**Fec. Nacimiento** 14/10/2003	**Edad** 15 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** TUNJA		**Genero** Femenino
Dirección CRA 12 # 16 - 38 APTO 202B	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Tipo Aseguradora** Particular	**Fec. Ingreso** 11/05/2019
Teléfono Casa 3138614784	**Teléfono Celular** 3138614784	**Teléfono. Oficina** 3138614784	
EMail 000	**Ocupación** ESTUDIANTE	**EPS** SENA	
Acudiente: CLAUDIA MENDEZ GALAN		**Teléfono** 3173792661	**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.

Dr. Jorge E. Lara De la T.
Ortodoncista
U.S.C.T.E.O. - T.P. 5380

Odontólogo

40 042492 Tunja

Powered by CamScanner

Daira Valentina Carvajal.
DI 1002 330 748.

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
(7) 5-02-20	ortho	Revisión Reposición de 25	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	Daira Carvajal.
(8) 10-03-20	ortho	Arcos 16x22 de NiTi. ordeno Rx panorámica Reposición de 25 -	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	Daira Carvajal
(9) 9-06-20	ortho	Cubrete del 33 al 43	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	Daira Carvajal
(10) 24-06-20	ort.	Seguir Rx bien Posicionado y Estable Bárcel	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	Daira Carvajal
(11) 15-07-20	ortho	Toma de impresiones para Retenedores	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	Daira Carvajal
(12) 29-07-20	ortho	Entrego Retenedores e instrucciones		Daira Carvajal
(13) 19-08-20	ortho	Control Retenedores Ort. Próximo este en 3 meses.	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	Daira Carvajal
(14) 2-09-20	ortho	El Retenedor inferior este descalcificado en el 37. Toma impresiones para repetir Retenedor para #30 y x y inferior	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	Daira Carvajal
8-09-20	ortho	Entrego Retenedor #30 inferior y x y.		Daira Carvajal
23-07-24	Apertura	Paciente ingresa por la puerta principal se revisa tomo #17(01) #16(01) #26(01) #27(01) se pule se limpia y se sale, se dá recomendaciones y se le pide que por la puerta principal, Se entrega orden Ex Panorámica	Dr. Daniel Alfonso ODONTOLOGO COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO C.C. 1007147XXX	

Powered by CamScanner

NOMBRES COMPLETOS:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
Dora Ucharan	Carvajal	Mesa
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC(x) CE( ) OTRO( )	NUMERO DE DOCUMENTO:	1-002.530.748
FECHA DE NACIMIENTO: 14/10/2003	EDAD: 15	TELEFONO:
DIRECCION:	TIPO DE ASEGURADOR: Sena	NUMERO HISTORIA CLINICA:

El (la) suscito (a), _____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: Dr. Daniel Affonso, Odontóloga General, me ha explicado que me ha de realizar consulta **ODONTOLOGIA GENERAL**, que se trata de limpiezas, revisiones orales para mantener la salud de los dientes y encías, además de detectar signos tempranos de enfermedades dentales, adhesión dental para reparar pequeñas astillas o grietas. Se me ha informado de riesgos y complicaciones tales como: procesos edematosos, dolor e inflamación, infección del alvéolo, hematomas, laceraciones de la mucosa, hemorragia, fracturas dentales, comunicación Oro antral, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización y que por su proximidad, e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, puede resultar lesionada alguna otra estructura, como el nervio dentario inferior o sus ramas terminales, o el nervio lingual, lo que implica la anestesia o insensibilidad en la zona del labio o mentón, que puede ser temporal o definitiva, o el seno maxilar que podría ser causa de sinusitis. **DURACION APROXIMADA DE LA CONSULTA** Ésta previsto que la intervención indicada según la condición clínica, tardara aproximadamente 1 hora; Sin embargo, igualmente entiendo que puede prolongarse por más tiempo. También se me ha explicado que, durante el postoperatorio, deberá visitar a la odontóloga según la programación de citas de control, si es necesario y deberá cuidar meticulosamente la higiene oral mediante las técnicas que se me han indicado y seguir las recomendaciones que la profesional me ha hecho y me ha entregado por escrito. **ADMINISTRACION DE 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, ulceraciones 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. 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, es un vocabulario que es comprensible, aclarando dudas. En tales condiciones, **CONSIENTO** que se me practiquen los procedimientos odontológicos necesarios y relacionados en este documento.

RESINA #17(V) #16(V) #26(V) #27(V)

Para constancia se firma en la ciudad de Tuja a los Veintitres (23) días del mes de Julio del año Dos mil Veintiuno (2021).

Dr. Daniel Affonso
ODONTOLOGO
COLEGIO ODONTOLOGICO
"UNICOC" C.C. 1007142486

Firma del paciente o su responsable Legal y/o persona Responsable
CC. Nro. _____ de _____

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

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-10

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 551

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: 40042492

Favor atender por nuestra cuenta a MENDEZ GALAN CLAUDIA INES identificado con el carne 19055752-G Conyuge de CARVAJAL LEAL JOSE ARGEMIRO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	28000	28000
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000
Periapical Y Coronal	2	14000	28000

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

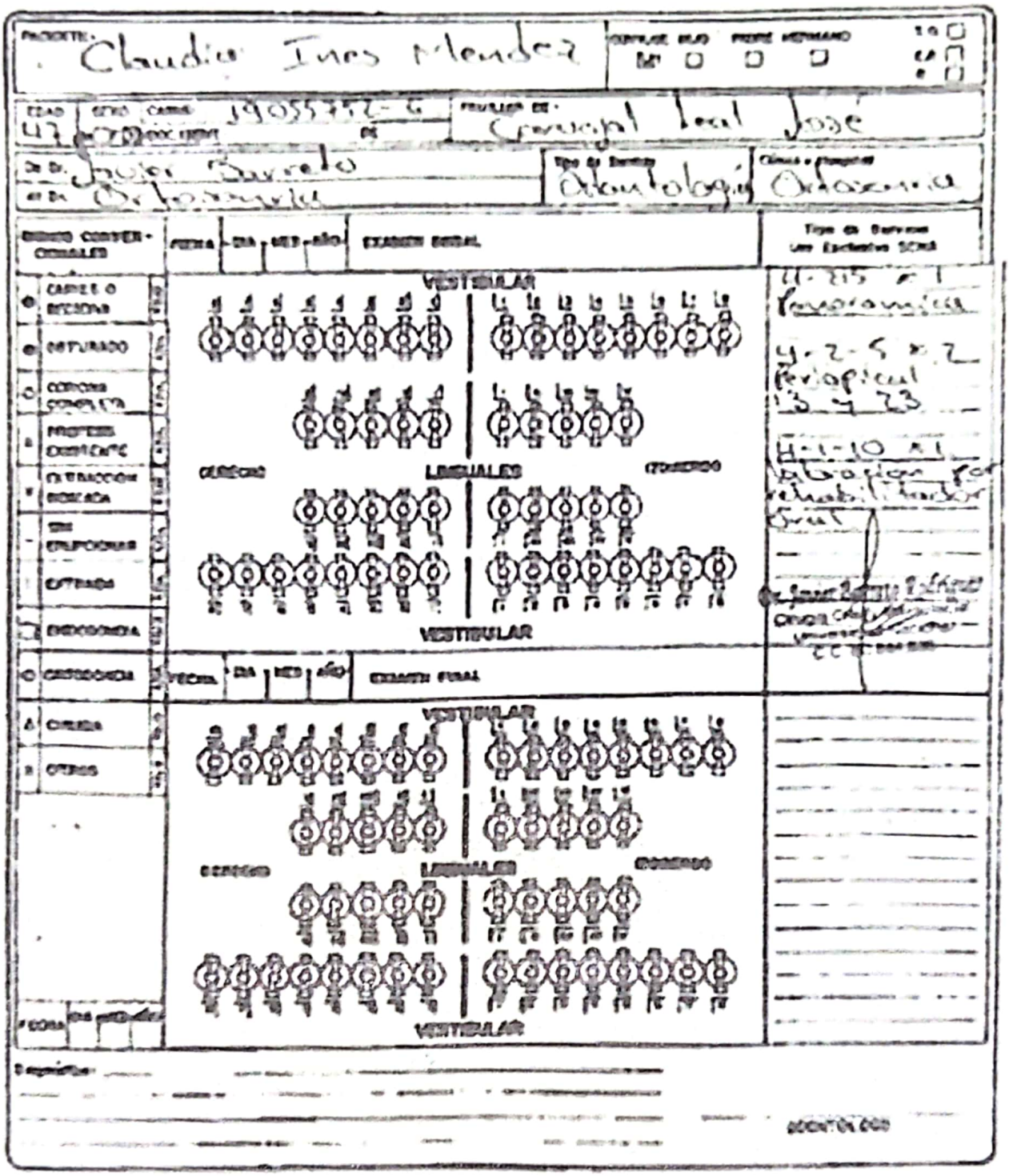
Médico/Odontólogo Asesor

40 042 492

Recibido a Satisfacción C.C.

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA



GTH-F-005 V.01

Claudia Inés
Mendez Galán

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.

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL



19055752-G

Claudia Inés
Mendez Galán

Id. N°. 40042492 de Tunja
Fecha de Nacimiento: 07/11/1976
RH: O-

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **40042492**

Nombre	Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
CLAUDIA INES MENDEZ GALAN	07/11/1976	43 años	Union Libre

Departamento	Municipio		Genero
Boyaca	TUNJA		Femenino
Dirección	**Nacionalidad**	**Tipo Aseguradora**	**Fec. Ingreso**
000	Colombiano(a)	Particular	02/03/2020
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**	
3173792661	3173792661	3173792661	
EMail	**Ocupación**	**EPS**	
	Ama de casa	SENA	
Acudiente:		**Teléfono**	**Parentesco**
00		00	Sin Registra
Acompañante		**Teléfono**	**Parentesco**
			(Ninguno)

Motivo de Consulta

TTO REHABILITACION

Historia Enfermedad Actual

NINGUNA

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

NINGUNA

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.

Dra. Rocio Baquero
Odontóloga Rehabilitación Estética
C.C.
Reg. Profesional 0104

Odontólogo

claudia Méndez Galán

Powered by CamScanner

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Claudia Ines Mendez Galan

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 40042492. **FECHA ATENCION INICIAL:** 26-07-24

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
26/07/2024	Valoracion Reh.	Paciente de sexo femenino asiste a consulta de valoracion de ortodoncia PPF de 13-23 con movilidad con antecedente de absceso y sangrado, de presentive: Fractura vertical del 13-11-23, de planda PPF implantosoportada de 13-11 y 21-23 con fractura de 13-11-23. & solicita valoracion de cirugia maxilofacial para ver conducta a seguir paciente entra de tratamiento NOPOS Se toma Rx Periapical (2) y Radiografia panoramica.	Esp. Rehabilitación Oral	

OrtoSonria

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-18

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 605

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: 1051071046

Favor atender por nuestra cuenta a PUENTES SAAVEDRA KAREN JULIANA identificado con el carne 7301807-G Hijo de PUENTES ESPITIA JULIO VICENTE Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Cuarto Pago	1	800000	800000
Panoramica	1	28000	28000

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

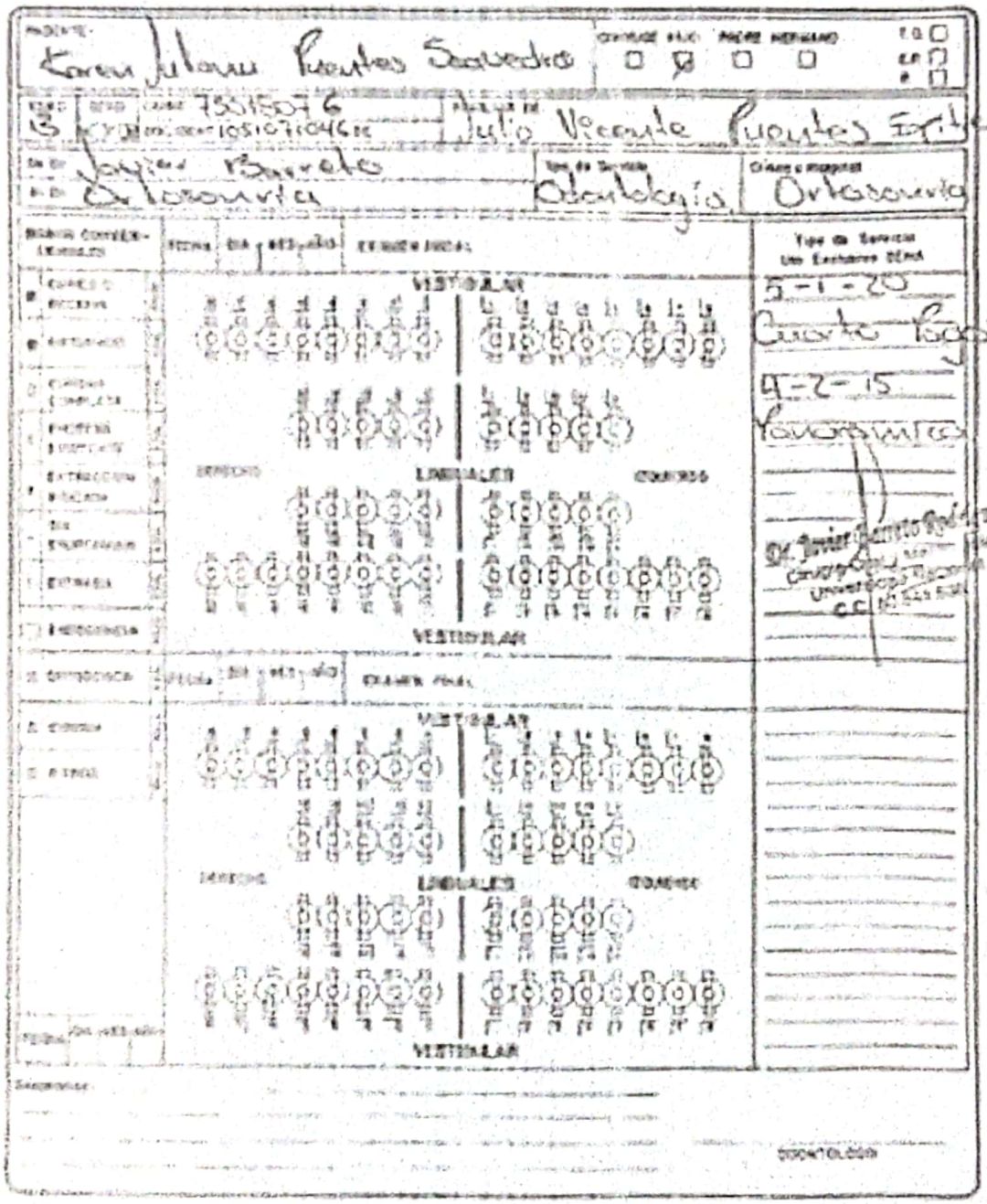
Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1020945955 B/g

creada por: prnoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ODONTOLOGÍA



GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

7301807-6



Karen Juliana

Puentes Saavedra

Id. N°.1051071046 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento:
19-12-2010 RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACÁ
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

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 funcionario y beneficiario sanciones establecidas por la entidad.

Karen Juliana
Puentes Saavedra
RH O+

Impreso por: carnet1314@sena.edu.co

7301807-6

Fecha de Expedición: **26-06-2024**

SENA
REGIONAL BOYACÁ
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

ORTODONCIA

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1051071046**

Nombre KAREN JULIANA PUENTES SAAVEDRA	**Fec. Nacimiento** 19/12/2010	**Edad** 10 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** TUNJA		**Genero** Femenino
Dirección 00	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Tipo Aseguradora** Particular	**Fec. Ingreso** 28/07/2021
Teléfono Casa 3166130830	**Teléfono Celular** 3166130830	**Teléfono. Oficina** 3166130830	
EMail	**Ocupación** Estudiante	**EPS** SENA	
Acudiente: DIANA SAAVEDRA		**Teléfono** 3166130830	**Parentesco** Mama
Acompañante		**Teléfono**	**Parentesco** (Ninguno)

Motivo de Consulta

Para sacar brackets

Historia Enfermedad Actual

Asintomatica.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Sana	

Antecedentes

Tipo	Observación
Niega	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Niega

Alergias

Niega.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Información 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.

Isabel Rueda T

Odontólogo

x Juan Jaramillo

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Karen Puentes

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1051071044 **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
Octubre 2023		Previo consentimiento informado consulta periodoncia examen clinico, agrandamiento gingival 3 y 4° cuadrante, raspados y alisados 5 min, anestesia lidocaina 2% epinefrina 1:80000 1.1 carpule, tartectomia supragingival con ultrasonido, curetaje subgingival con curetas gracey, incision doble papila distal 44-34 incision bisel externo con bisturi 15c, retiro exceso tejido, conformacion margenes blandos, hemostasia indirecta con presion digital. Gingivectomia 44-34 3° y 4° cuadrante		
13/10/23 (3)	ortodoncia	Se realiza control de ortodoncia arco superior e inferior 0.016*0.022 Ni-Ti TA		
24/11/23 (4)		Se realiza control de ortodoncia arco superior e inferior 0.016* 0.016 Acero		
19/01/24 (5)	Ortodoncia	Se realiza control de separacion se mantiene arco superior inferior Lig 16x16. elastico triangulo bilateral 7/8 H.		
16-2-24 (6)		Paciente ingresa con separacion. arco superior mantiene inferior acero 0.14. lacebach bilateral cada caja, elongacion 13-23 pacientes		

CONTROL 1 F 29-7-24 CONTRATO CUARTO PAGO (1-6)

26-07-24 Ortodoncia Control

Powered by CamScanner

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Karen Johana Fuentes

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1051071046 **FECHA ATENCION INICIAL:** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
23-8-24	Ctrl (2)	Control sin leporacia oral con ttto 16x16 DVD 2 Intelaelgatito 3/16 A. Bilateral: - Pado Prox. exclusivo de 11. Se toma Radiografia Panoramica Continuidad Ortodoncia	Dra. Angelica Estupiñan M C.C. 1.070.1847857 RL ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR	x Karen

OrtoSonria

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-09

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 525

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: 1145328052

Favor atender por nuestra cuenta a PATIÑO MARTÍNEZ GABRIEL ALEJANDRO identificado con el carne 9399100-F Hijo de PATIÑO CAMACHO JOSE GABRIEL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000
Panoramica	1	28000	28000

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. 1052389518

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Gabriel Patiño

CONYUGE ☐ HIJO ☒ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ R. ☐

EDAD: 7 | SEXO: M ☒ F ☐ | CARNE: 9399 1700-F | DOCIDENT. 1145328805 DE | FAMILIAR DE: Gabriel Patiño.

De Dr. Carlos Narvaez
A: Dr. Ortodoncia

Tipo de Servicio: Odontología | Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES | FECHA DIA MES AÑO | EXAMEN INICIAL | Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

C	CARIES O RECIDIVA	ROJO
S	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
—	SIN ERUPCIONAR	AZUL
I	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
Δ	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

1 (4-1-19 odontopediatria
2 (4-2-19

FECHA | DIA MES AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA | DIA MES AÑO

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

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 funcionario y beneficiario sanciones establecidas por la entidad.

Gabriel Alejandro
Patiño Martínez
RH B+

9399100-F

Fecha de Expedición: 16-11-2023

9399100-F



Gabriel Alejandro

Patiño Martínez

Id. N°.1145328052 de Duitama

Fecha de Nacimiento:
27-10-2016 RH: B+

SENA
REGIONAL BOYACÁ
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

ODONTOPEDIATRIA.

HISTORIA CLINICA

Registro Civil **1145328052**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
GABRIEL ALEJANDRO PATIÑO MARTINEZ		27/10/2016	2 años	Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Masculino
Dirección CALLE 11A N 32 - 41	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 30/09/2019
Teléfono Casa 3115883978	**Teléfono Celular** 3006287567	**Teléfono. Oficina**		
EMail	**Ocupación** MENOR DE EDAD	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: CAROL ELIANA MARTINEZ BERNAL	**Identificación** 1052389518	**Teléfono** 3115883978		**Parentesco** Mama

Motivo de Consulta

"Dolor e inFlamacion"

Historia Enfermedad Actual

Dolor en Organo dentario superior anterior hace aprox. cinco días.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Asma leve.	

Antecedentes

Tipo	Observación
Hospitalizacion por neumonía en dos ocasiones.	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Salbutamol, Beclometazona.

Alergias

lactosa.

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

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Gabriel Alejandro Patiño

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1145328052 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
23/09/23	CDP.	Paciente menor de edad, asiste a consulta		
10:10 am		en compañia de su acudiente. Previo consen-		
		timiento informado, se realiza aplicación		
		de anestesia tópica y anestesia local con		
		lidocaina al 2% y epinefrina 1:80.000,		
		I cavitat con fresa inhibitiva y retenti-		
		va en palatino. Se realiza endometenia,		
		luxación y exodoncia de diente 51 y 52,		
		hemostasia por 5 minutos, procedimi-		
		ento sin complicaciones. Se dan recomen-	LISETTE SALAMANCA ODONTOPEDIATRA	
		daciones. Se indica cuidado con fuerte hi-		
		giene. Acudiente entiende y acepta		
27/07/24	CDP	Paciente menor de edad, asiste a consulta	1052399156	
		en compañia de su acudiente. Se realiza		
		examen clínico y se explica tratamiento,		
		el cual consiste en obturación en resina		
		de diente 64, profilaxis dental, aplica-		
		ción de flúor, electrotraje supragingival		
		(1 cuadrante). Se solicita radiografia		
		de perfil y fotos intra extraorales pa-		
		ra diagnostico y planificación de tra-	LISETTE SALAMANCA ODONTOPEDIATRA	
		tamiento de ortopedia maxilar. Acu-		
		diente entiende y acepta, Se toma		
		Radiografia Panoramica para determinar plan tto.		
10/08/24	CDP	Paciente menor de edad, asiste a consulta	1052399156	
		en compañia de su acudiente. Se retira		
		contro oclusal del diente 64, se coloca		
		aislamiento de dique como base interna,		
		se desmineraliza, se lava, se seca, se		
		aplica adhesivo, se fotopolimeriza, se		
		coloca resina con tecnica incremental,		

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-09

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 523

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: 1058354659

Favor atender por nuestra cuenta a MONTAÑEZ CORREDOR DANNA VALENTINA identificado con el carne 46382451-G Hijo de CORREDOR BARRERA SANDRA MILENA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Paquete De Ortodoncia (Panoramica-Perfil-Modelos-5 Fotos)	1	150000	150000
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000

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

U.J.C.I.E.O. - T.P. 538
Médico/Odontólogo Asesor

Sandra M. Corredor 46382451.
Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Ivana Montiel

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.I. ☐ C.C. ☒ R.C. ☐

EDAD 15 SEXO M ☐ F ☒ CARNE: 46382451-C DOCUMENTO: 1053354059 DE 516

FAMILIAR DE: Sandra Bonett

De Dr. Stella Navarro

A: Dr. Odontología

Tipo de Servicio: Odontología

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

C	CARIES O RECIDIVA	ROJO
S	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
I	SIN ERUPCIONAR	AZUL
I	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
Δ	CIRUGIA	ROJO
=	OTROS	ROJO

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

1 (4-1-11) ortodoncia

2 (4-2-35)

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner



46382451-G

Danna Valentina
Montañez Corredor

Id. N°. 1,058,354,659 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento: 17-12-2008
RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Danna Valentina
Montañez Corredor

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

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **1058354659**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
DANNA VALENTINA MONTAÑEZ CORREDOR		17/12/2008	10 años	Soltero(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
CALLE 1 N 11-91				10/08/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
31112869656				
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	ESTUDIANTE	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
SANDRA CORREDOR	46382451	3112869656		Mama

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Madre no refiere.	

Antecedentes

Tipo	Observación
Fractura Clavicula izquierda.	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO Succión Labial.	

Medicamentos en Uso

Madre no refiere

Alergias

Madre 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

X Sandra M. Corredor

Powered by CamScanner

Danna Valentina. Montañez.
DI. 1058354659.

EVOLUCION DE TRATAMIENTO

OrtoSonria

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
25/07/24	ortodon	Paciente Femenina, de 15 años de Edad. que presenta perfil Recto. Clase I Esqueletica - Apiñamiento Leve Superior e Inferior que Requiere de Tratamiento de ortodoncia por 18 meses, Se entrega orden para toma Paquete de diagnostico y Continuar tto ortodoncia	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.F.O. - T.P. 5380	Angie K Holguin
Contrato 2024. Cuota Inicial/ Control (1-6)				
8-08-24 9:00 9:25	ortodon. (1).	Cementación Brackets Superiores Pro, oid de mitis se dan Indicaciones y Recomendaciones	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.F.O. - T.P. 5380	Angie K Holguin

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-09

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 522

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: 1058353814

Favor atender por nuestra cuenta a MONTAÑEZ CORREDOR KEVIN ALEJANDRO identificado con el carne 46382451-F Hijo de CORREDOR BARRERA SANDRA MILENA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000
Paquete De Ortodoncia (Panoramica-Perfil-Modelos-5 Fotos)	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

Angie K Holguín

Recibido a Satisfacción C.C. 1002359938

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Kevin Martínez

CONYUGE ☐ HIJO ☒ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.C. ☐ ER ☐ R ☐

EDAD 19 | SEXO De ☒ F ☐ | CARNE: 1063824451-5 | DOCUMENT. 1005353731 DE 500 | FAMILIAR DE: Sandra Cuellar

Dx Dr. Carlos Navarro

At Dr. Ortodoncia

Tipo de Servicio: odontología

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

- ⊗ CARIES O RECIDIVA — ROJO
- ▷ OBTURADO — AZUL
- ○ CORONA COMPLETA — AZUL
- ⊓ PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- X EXTRACCION INDICADA — ROJO
- — SIN ERUPCIONAR — AZUL
- ↑ EXTRAIDA — AZUL
- ☐ ENDODONCIA — ROJO
- ⊙ ORTODONCIA — AZUL
- Δ CIRUGIA — ROJO
- = OTROS — ROJO

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

① (4-1-1) ORTODONCIA

② (4-2-35)

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA | DIA | MES | AÑO

Diagnóstico: Paciente Sano

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner



46382451-F

Kevin Alejandro

Montañez Corredor

Id. N°. 1,058,353,814 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento: 23-05-2007

RH: O+

SENA REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Kevin Alejandro
Montañez Corredor

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

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1058353814**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
KEVIN ALEJANDRO MONTAÑEZ CORREDOR		23/05/2007	17 años	Soltero(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Masculino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
0				11/07/2024
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3112869656	0	0		
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
0	Estudiante	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
SANDRA CORREDOR	46382451	3112869656		Mama

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 inform oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontolo pueda tomar todas las debidas precauciones.

ODONTÓLOGO
UNICOC
CC 1053588040

Doctor

46382451.

CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SOGAMOSO

Dirección: CARRERA 10 No 12-60 centro parque villa; Teléfono: 7743749-3123006198

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Kevin Montañez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1058353814 FECHA ATENCION INICIAL 11-07-24

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
11-07-24		Se entrega Orden para tomar paquete de Ortodoncia		
25.07.24	ortodoncia	Paciente masculino de 17 años. Que presenta apiñamiento leve superior e inferior perdida cuadrante posterior del lado izquierdo. Clase I Esqueletica - perfil Recto. Que Requiere tratamiento de ortodoncia con una duracion aproximada de 18 meses	Dr. Jorge E. Loro De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. TP 5381	
8.08.24		Paciente asiste a consulta odontologica se realiza explicacion de Procedimiento firma de consentimiento informado. se realiza retiro de lesion cariosa diente 36(L) se realiza protocolo de adhesion. se desmineraliza y se aplica adhesivo. se realiza restauracion en resina de dicho diente. se verifica oclusion y se pule	Jherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
		Contrato 2024 Cuota Inicial (Cuota 1-6)		
8-08-24	ortodo	Control ortodoncia Brackets Superiores Arco 014 de niti. Se dan indicaciones y Recomendaciones de uso y cuidado	Dr. Jorge E. Loro De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - TP 5381	

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-09

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 521

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: 20939686

Favor atender por nuestra cuenta a RODRIGUEZ CANON MARTHA ISABEL identificado con el carne 19079596-C Conyuge de RODRIGUEZ RINCON VICTOR MANUEL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	28000	28000

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. 20939686

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Martha Rodriguez

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.I. ☐ ER ☐ R ☐

EDAD 67 SEXO M ☐ F ☐ CEDULA: 1907 9596-C DE: 20739186 DE

FAMILIAR DE: Victor Rodriguez

De Dr. Carlos Nocera

A: Dr. Ortodoncia

Tipo de Servicio: odontologia

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES	FECHA	DIA	MES	AÑO	EXAMEN INICIAL	Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
C CARIES O RECIDIVA ROJO						
O OBTURADO AZUL						
O CORONA COMPLETA AZUL						
= PROTESIS EXISTENTE AZUL						
X EXTRACCION INDICADA ROJO						
- SIN ESPECIFICAR AZUL						
I EXTRAIDA AZUL						
☐ ENDODONCIA ROJO						
⊙ ORTODONCIA AZUL						
Δ CIRUGIA ROJO						
III OTROS ROJO						

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

1 (4-2-15)

	FECHA	DIA	MES	AÑO	EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Observaciones: _____

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

DISTRITO CAPITAL

19079596-C

MARTHA ISABEL
RODRIGUEZ CAÑON

DOCUMENTO N°

20939686



05/11/1956
Fecha de Nacimiento

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

RODRIGUEZ RINCON VICTOR MANUEL
Nombre del Funcionario

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

Servicio Médico Asistencial
Regional Distrito Capital
Vence 30 Junio 2024

FIRMA AUTORIZADA

Powered by CamScanner

31 2.5.

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **20939686**

Nombre	Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
MARTHA ISABEL RODRIGUEZ CAÑON	05/11/1956	64 años	Union Libre

Departamento	Municipio	Nacionalidad	Genero
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)	Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**	**Fec. Ingreso**
CALLE 2 N 3-33			18/06/2021
Teléfono Casa Mensaje Whatsapp.	**Teléfono Celular** Espeso	**Teléfono. Oficina**	
3152977291	3184878907		
EMail	**Ocupación**	**EPS**	
00	AMA DE CASA	SENA	
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**	**Parentesco**
VICTOR MANUEL RODRIGUEZ	19079596	3184878901 Esposo	Esposo(a)

Motivo de Consulta

"Vengo para consulta"

Historia Enfermedad Actual

Paciente asiste remitida por el SENA para tratamiento

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Tiroides hace 8 años	

Antecedentes

Tipo	Observación
Hace 20 días Cirugía cálculos de vesícula biliar	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO No refiere	

Medicamentos en Uso

Sintroi para tratamiento de Tiroides.

Alergias

No reporta

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.

Ruby L. Velandia Cabrd.
ODONTÓLOGA - U NACIONAL
C 1052394861

Doctor

Martsaluz

14-11-23 Odontología 2-12-23 11:00 mañana 609

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Clínica Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Martha Isabel Cardenas

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 46377029 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
11-07-24		Se da Orden para tomar Rx panoramica.		
29-07-24		Paciente asiste a consulta odontologica. se realiza explicacion de Procedimiento. firma de consentimiento Infomado. se realiza restauracion en resina de diente 22 (PMV) se verifica oclusion. se pule. Paciente conforme sale por sus medios. Se Programa cita para toma de impresion corona	Therson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
01-08-24		Paciente asiste a consulta odontologica. se realiza explicacion de Procedimiento. firma de consentimiento Infomado. se realiza preparacion de diente 25. se realiza toma de Impresion definitiva en silicona para realizar corona metal ceramica de dicho diente. paciente conforme sale por sus medios	Therson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-16

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 562

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	28000	28000
Obturación 1 Superficie Resina	1	43000	43000
Superficie Adicional	2	27000	54000

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. 1054283

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Angeli Martinez | CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.C. E.R. R.

EDAD 21 | SEXO F | CEDULA: 95 21530 - 0 DE | FAMILIAR DE: Humberto Martinez

De Dr. Laura Noriega | Tipo de Servicio odontologia | Clínica o Hospital

A: Dr. ortodoncia

SIGNOS CONVENCIONALES | FECHA DIA MES AÑO | EXAMEN INICIAL | Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

- CARIES O RECIDIVA
- OBTURADO
- CORONA COMPLETA
- PROTESIS EXISTENTE
- EXTRACCION INDICADA
- SIN ERUPCIONAR
- ENTRADA
- ENDODONCIA
- ORTODONCIA

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

1. (4-3-15)
16
2. (4-3-22)
16
3. (4-3-22)
16

ORTODONCIA | FECHA DIA MES AÑO | EXAMEN FINAL

- CIRUGIA
- OTROS

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

9521530 - D



Angeli Catherine
Martínez Amado

Id. N°. 1054283232 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento:
06-05-2005 RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

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 funcionario y beneficiario sanciones establecidas por la entidad.

Angeli Catherine
Martínez Amado
RH: O+

9521530 - D

Fecha de Expedición: 09-02-2022

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

ORTODONCIA

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1054283232**

Nombre	Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
ANGELI CATHERINE MARTINEZ AMADO	06/05/2005	14 años	Soltero(a)

Departamento	Municipio	Nacionalidad	Genero
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)	Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**	**Fec. Ingreso**
CALLE 2 C SUR N 13-23			08/05/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**	
3102897339			
EMail	**Ocupación**	**EPS**	
	ESTUDIANTE	SENA	

Acudiente y/o Acompañante:	Identificación	Teléfono	Parentesco
MARIA VICTORIA AMADO	46356150	3102897339	Mamá Sin Registrar

Motivo de Consulta

" REVISION"

Historia Enfermedad Actual

SISTEMICAMENTE SANO

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
NINGUNA	NINGUNA

Antecedentes

Tipo	Observación
NINGUNA	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 inform oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontolo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra Lizeth Vega Mej
ODONTÓLOGA
Colegio Odont
RC: 55-20

Doctor

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética 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 53-54 – 83-84.	Diana Riviera Ortodoncista Reg. 317	Angeli Martinez
14-1-23		Verifica Retención Gn Contul, Pca Retiro OG Ortodoncia, Salud de Base Arco Cotuw-Superior e Inferior.		
27-07-23	Ortodoncia	Paciente con nordich Base a Base Interoclusal que requiere Continuar con el tratamiento de ortodoncia por 6 meses	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista C.I.E.O - T.P. 53180	Angeli Martinez
27/07/23	Radiología	Se toma Rx Panoramica Impresa		
09/12/23		Paciente Regreso Control Panoramica Oseo Adecuada estructuras anatomicas en aparentes, longitud Adecuada, Inicio Nordich Base a Base Paciente Desea retirar los brackets ya que la Nordich no esta bien Arco Superior e Inferior Arco Cotuw	Diana Riviera Ortodoncista Reg. 317	Angeli Martinez
23/12/23		Retiro de Aparatología Superior e Inferior, Entrega y Adaptación de Retenedor Arco Cotuw	Diana Riviera Ortodoncista Reg. 317	Angeli Martinez
16/07/24		Se entrega Orden Rx Panoramica		Angeli Martinez

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Angelr Martinez.

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

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
23-07-24		Paciente asiste a consulta odontologica, se realiza explicacion de procedimiento firma de consentimiento informado se realiza retiro de restauracion desadaptada 16, se realiza Protocolo adhesivo y restauracion en resina OMP. se verifica oclusion y se cita Paciente conforme sale por sus medios	Gherson Moreno Salcedo ODONTÓLOGO UNICOC CC [illegible]	

Powered by CamScanner

OrtoSonria

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGIA GENERAL

NOMBRES COMPLETOS:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
Angeli Catherine	Martinez	Amado
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC(X) CE( ) OTRO( )	NUMERO DE DOCUMENTO: 1.054.203.232	
FECHA DE NACIMIENTO: 06-05-2005	EDAD: 19	TELEFONO: 3112644661
DIRECCION: Calle 71A #11-82	TIPO DE ASEGURADOR:	NUMERO HISTORIA CLINICA:

El (la) suscito (a) Angeli Catherine Martinez 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 S., Odontóloga General, me ha explicado que me ha de realizar consulta **ODONTOLOGIA GENERAL**, que se trata de limpiezas, revisiones orales para mantener la salud de los dientes y encías, además de detectar signos tempranos de enfermedades dentales, adhesión dental para reparar pequeñas astillas o grietas. Se me ha informado de riesgos y complicaciones tales como: procesos edematosos, dolor e inflamación, infección del alvéolo, hematomas, laceraciones de la mucosa, hemorragia, fracturas dentales, comunicación Oro antral, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización y que por su proximidad, e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, puede resultar lesionada alguna otra estructura, como el nervio dentario inferior o sus ramas terminales, o el nervio lingual, lo que implica la anestesia o insensibilidad en la zona del labio o mentón, que puede ser temporal o definitiva, o el seno maxilar que podría ser causa de sinusitis. **DURACION APROXIMADA DE LA CONSULTA** Ésta previsto que la intervención indicada según la condición clínica, tardara aproximadamente 35 min Sin embargo, igualmente entiendo que puede prolongarse por más tiempo. También se me ha explicado que, durante el postoperatorio, deberá visitar a la odontóloga según la programación de citas de control, si es necesario y deberá cuidar meticulosamente la higiene oral mediante las técnicas que se me han indicado y seguir las recomendaciones que la profesional me ha hecho y me ha entregado por escrito. **ADMINISTRACION DE 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, ulceraciones 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. 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, es un vocabulario que es comprensible, aclarando dudas. En tales condiciones, **CONSIENTO** que se me practiquen los procedimientos odontológicos necesarios y relacionados en este documento. Reina de 16

Para constancia se firma en la ciudad de Sogamoso a los 23 (____) días del mes de Julio del año 2024 (____).

Jherson Moreno Salcedo
ODONTÓLOGO
UNICOC
C.C. 1052[illegible] Actualizado

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

Angeli Martinez

ma del paciente o su responsable
al y/o persona Responsable
Nro. 1054203232 de Bogotá

Dactilar

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 613

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.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Paquete De Ortodoncia (Panoramica-Perfil-Modelos-5 Fotos)	1	150000	150000
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000

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

Recibido a Satisfacción C.C. 40.380.163

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Edna Nocera

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.U. ☐ ER ☐ R ☐
☒ ☐ ☐ ☐

EDAD | SEXO M☐ F☐ | CARNE: 1325 8419 - 6 DOCUMENT. DE | FAMILIAR DE: Alfredo angulo

Da Dr. Carlos Nocera
At Dr. ortodoncia

Tipo de Servicio: odontologia

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

C	CARIES O RECIDIVA	ROJO
OB	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
P	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
—	SIN ERUPCIONAR	AZUL
E	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
A	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

1. (4-2-35)
2. (4-1-10)
ortodoncia

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 624

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
Cuota Inicial	1	700000	700000

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. Jorge F. Lora De la T.
Ortodoncista
U.J.C.I.E.O. - T.P. 5330
Médico/Odontólogo Asesor

40380.163
Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: acperez

Powered by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: EDNA Herrera

CONYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.U. ☐ ER ☐ R ☐

EDAD 58 SEXO M ☐ F ☒ CARNE: 1329 8419 - 6 DOCUMENT. 40.380.163 DE

FAMILIAR DE: Alfredo Olguela

De Dr. Carlos Noguera

A: Dr. Ortodoncia

Tipo de Servicio: odontología

Clínica o Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA: (1) (5-1-5)

⊕	CARIES O RECIDIVA	ROJO
S	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
—	SIN ERUPCIONAR	AZUL
↑	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
Δ	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-



13258419-G

Edna Fabiola

Herrera Rincón

Id. N°. 40,380,163 de Villavicencio

Fecha de Nacimiento: 03/09/1966

RH: O+

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

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.

Edna Fabiola

Herrera Rincón

RH: O+

13258419-G

Fecha de Expedición: 15/01/2017

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **40380163**

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

Motivo de Consulta

"Limpieza"

Historia Enfermedad Actual

ASINTOMATICO

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Hipertension hipotiroidismo. Artrosis	Gastritis, Insuficiencia Venosa

Antecedentes

NO refiere Tipo	Observación

Hábitos

NO refiere Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Micardis. (Telmisartan), Eutirox 25, calcare, vit D, ASA

Alergias

NO refiere.

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 odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra. Erika Montes
ODONTÓLOGA GENERAL
C.C. 1.087489.708

Doctor

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Edna Fabido Herrera

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 40380163 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		mejoras clínicas. Se considera por el momento continuar con tratamiento conservador: ① Terapia Higiénica ② Placa Neuromiorelajante vs Oclusal No POS ③ Control Cx Maxilopapilar		
24-11-23		Paciente asiste a consulta odontológica, se realiza explicación de procedimiento, firma de consentimiento. Se realiza restauración en resina diente 14, se verifica oclusión y se pule, paciente conforme. Sella Pas sus medios. Toma pagaete de Ortodoncia Para H. Ortodoncia		
Contrato 2024 Cuota Inicial Control (1-6)				
25-07-24	Ortodon. ①	Cementación Brackets Superiores Mto Old de ret.	Dr. Jorge E. Loro De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. T.P. 5380	
22-08-24	Ortodon. ②	Cementación Brackets Inferiores Mto Old de ret Superior e Inferior Control Post	Dr. Jorge E. Loro De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. T.P. 5380	

Powered by CamScanner