CLINICA GENEZEN S.A.S.

Nit: 900438216-1

DIAGONAL 47 #15 SUR -31

ANTIOQUIA MEDELLIN

FIJO: 6044759680 CELULAR: .

EMAIL: 900438216@factureinbox.co

Fecha expedición: 29/08/2024 00:00

Fecha vencimiento: 29/08/2024



FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°: **FE38445**

CUFE: **8c4042582f83d1ac9ccd40a706707d9b5e1c88165e4d16360cc3c553a91ba84ece7077341ed7e43365fd509af527cf5b**

Servicios Prestados a: CC-70602261 CARRASQUILLA CASAS ARMANDO DE JESUS Edad: 42 Ingreso: 111584

Direccón: URBANIZACION EL ESTADIO Ciudad: Puerto Berrio Teléfono: 3225519808

F.Ingreso: 2024-08-26 F.Egreso: 2024-08-29 Dias Estancia: 0 Regimen: Otro Nivel: 0

Responsable del pago: DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN Nit: 901541037-1 Poliza:

Convenio: 154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024

Dirección: CRA 77 C 51 136 Teléfono: 5174674

| Cups-Cum | Atc | Actividad | Fecha | Descripción | Cant. | Vlr. Unitario | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ==> *Consultas* <== | | | |
| **Consultas** | | | | | | | |
| 890380 | | 39143 | 29/08/2024 | CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA - SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA - 75000 | 1 | $ 64.350,00 | $ 64.350,00 |
| ***Subtotal*** | ***Consultas*** | | | | *0* | | ***$ 64.350,00*** |

**FORMA DE PAGO**

Contado

**MEDIO DE PAGO**

Consignación bancaria

| | |
|---|---|
| **Total General** | $ 64.350,00 |
| **Total Copago / Cuota** | $ 0,00 |
| **Total IVA** | $0 |
| **Total Neto** | $ 64.350,00 |

Son: SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS

ELABORADO POR: DIANA SHIRLEY GOMEZ GARCIA

IMPRESO POR: DIANA SHIRLEY GOMEZ GARCIA. 29/08/2024 00:00:00

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL SERVICIO O FIRMA DEL ACUDIENTE: _____

Sede Puerto Berrio: Carrera 7 # 48-03
- Somos Responsables de IVA
-No somos autorretenedores en renta
-No somos retenedores de ICA
- Autorización para facturar según resolución de la DIAN No. 18764052471923 del 27 de Julio 2023 Rango FE3001-FE5000 Vigencia 12 Meses
- Autorización para facturar según resolución de la DIAN No. 18764066428666 del 29 de Febrero 2024 Rango FE5001-FE133000 Vigencia 12 Meses
- Factura emitida electrónicamente

HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA Nit: 811016192. Proveedor Solución Software ERP GHIPS

FE 38445

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLÓN DE A.S.P.C 14 "CACIQUE PIPATÓN"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC 14

EJÉRCITO NACIONAL

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AUTORIZACIÓN N° | E-2440 | | | FECHA REMISION | 19/06/2024 | FECHA ENTREGA | | 19/06/2024 | |
| CUPS | 890380 | SR (A) | ARMANDO DE JESUS CARRASQUILLA CASAS | | | | DOC. | CC 70602261 | |
| EDAD | 41 | A | SEXO | M | TIPO USUARIO | AFILIADO | | | |
| UNIDAD | BASPC 14 | | PRESTADOR | | | CLÍNICA GENEZEN S.A.S | | | |
| DIRECCION | PTO BERRIO - ANTIOQUIA | | | | | TELEFONO | 6044759680 | | |
| ESPECIALIDAD REQUERIDA | | | | | | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | | | |
| SOLICITA | | | | | | MEDICO GENERAL | | | |

| AUTORIZACIÓN DE ORDEN | | |
|---|---|---|
| CUPS | DESCRIPCIÓN | CANT. |
| 890380 | CONSULTA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA CONTROL | 1 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| VALOR | VALOR LETRAS | |

**NOTA:** La orden de autorización de servicios médicos presenta información relevante a verificar por parte de la entidad prestadora de los servicios de salud, la omisión de esta será causada el no pago de los servicios prestados el prestador de servicio tendrá plazo para legalizar la presente autorización al ESM BASPC 14, con 120 días calendario a partir de la fecha de entrega.

**ARMANDO DE JESUS CARRASQUILLA CASAS**
Paciente

**PS. ALEGRIAS PRADA JOHN FREDDY**
Validador del derecho

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC N°14

**SV. FERNANDEZ LASSO NELSON**
Subdirector ESM BASPC 14

**ST. CHAVEZ ORTIZ BRETHIMEN DAVID**
Director ESM BASPC 14

OFICIAL DEL EJÉRCITO NACIONAL

**PATRIA HONOR LEALTAD**

Carrera 50 entre calles 4 y 5, Antiguo Hotel Magdalena
Puerto Berío- Antioquia
referencia.esm.baspc14@gmail.com - cel. 321 6511352

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
BATALLON DE A.S.P.C. No. 14 "CACIQUE PIPATON"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 6019
AUTORIZACION MEDICA

25 ENE. 2024

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AUTORIZACION No. | | | 0277 | | | FECHA REMISION | | | | FECHA ENTREGA | | | |
| CUPS | | CIV | ARMANDO DE JESUS CARRASQUILLA CASAS | | | | | | | DOC | CC | 70.602.261 | |
| EDAD | 41 | A | SEXO | M | TIPO DE USUARIO | | AFILIADO | | | | | | |
| UNIDAD | BASPC 14 | | | | PRESTADOR | 0 | E.S.E HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA | | | | | | |
| DIRECCION | PUERTO BERRIO ANTIOQUIA | | | | | | TELEFONO | 833-05-95 | | COMPLEGIDAD | | | |
| ESPECIALIDAD REQUERIDA | | | | 0 | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO(S) | | 0000 | 0000 | 0000 | SOLICITA | 0 | MEDICINA GENERAL | | | | | | |

PACIENTE

| CUPS | DESCRIPCION | CANT |
|---|---|---|
| 890380 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA | 01 |
| . | --- | . |
| . | --- | . |
| . | --- | . |
| . | --- | . |
| . | --- | . |
| . | --- | . |

| | VALOR | VALOR EN LETRAS |
|---|---|---|
| | | |

NOTA: La orden de autorización de servicios médicos, presenta información relevante a verificar por parte de la entidad prestadora de los servicios de salud, la omisión de esta será causal de no pago de los servicio prestados. El prestador del servicio tendrá plazo para legalizar la presente autorización al E.S.M 6019 con 120 días calendario a partir de la fecha de entrega. Favor revisar la información

| | | | |
|---|---|---|---|
| ST.CHAVEZ O. BRETHMEN | SP.TORRES GALLEGO JULIO CESAR | PE.ALEGRIAS JOHN F. | |
| DIRECTOR ESM BASPC 14 | SUBDIRECTOR CIENTIFICO ESM BASPC 14 | VALIDADOR DE DERECHO | PACIENTE |

# SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

**NUMERO DE SOLICITUD** 13,227 **Fecha** 2023/12/27 **Hora:** 09:02

## INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

**Nombre :** ESE HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA **NIT:** NI 890980757

**Código:** 055790220102 **Dirección del prestador:** CARRERA 7 # 48-03

**Teléfono:** 8333434 **Departamento** 05 ANTIOQUIA **Municipio:** 579 PUERTO BERRIO

**ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador):** DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN **Código:** 13001

## DATOS DEL PACIENTE

| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
|---|---|---|---|
| CARRASQUILLA | CASAS | ARMANDO | DE JESUS |

**Tipo de documento** CC **Numero de documento de identificación:** 70602261

**Fecha de nacimiento:** 1982/02/15 **Teléfono:** 3225519808

**Dirección de residencia habitual:** CLL 18 CR 10 50 18 LA FORTUNA

**Departamento:** 05 ANTIOQUIA **Municipio:** 579 PUERTO BERRIO

**Correo electronico:**

**Cobertura en salud:** OTRO

## INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

**Origen de la atención:** Enfermedad general

**Tipo de servicios solicitados:** Servicios Electivos **Prioridad de la atención :** PRIORITARIA

**Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización :** Consulta externa

**Servicio** **Cama:**

**Manejo integral segun guia de:** SS, IMAGENOLOGIA. SS, CONSULTA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. SS,INFILTRACIONES

| Código CUPS | Cantidad | Descripción |
|---|---|---|
| 881610 | 1 | ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO |
| 873422 | 1 | RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE |
| 873443 | 1 | RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES |
| 873420 | 1 | RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL |
| 873431 | 1 | RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL ROTACION INTERNA |
| 890380 | 1 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA |
| 839600 | 5 | INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA S |

**Justificación clinica:** Enfermedad Actual : Paciente con dolor lumbar en barra que adicionalmente por su actividad fisica militar ha sufrido impactos en rodilla izquierda y tobillo derecho mas hombro derecho. trae RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA DEMOSTRANDO INTEGRIDAD DISCAL, SIN PATRÓN NEUROPÁTICO ACTUALMENTE, HAY CAMBIOS SIMPLES DE EDEMA INTER Y EPIESPINOSO L5 S1 PARA INFILTRAR EN RECTIFICACIÓN TORACOLUMBAR CON ANGULO SACRO CONSERVADO. REQUIERE RADIOGRAFIAS RODILLAS Y TOBILLOS CON APOYO COMPARATIVAS, MAS ECOGRAFIA DEL HOMBRO DERECHO. SE INDICA INFILTRACIÓN ARTICULAR DE LOS 3 PUNTOS ADICIONALES A LAS 2 INTERESPINOAS DE L5 EN PROXIMO CONTROL.. TRAER UNA AMPOLLA DE TRIAMCINOLONA (KENACORT-A) PARA PROCEDIMIENTOS.

| Impresión Diagnóstica | Código CIE10 | Descripción |
|---|---|---|
| **Diagnostico principal:** | M544 | LUMBAGO CON CIATICA |
| **Diagnostico Relacionado 1:** | | |
| **Diagnostico Relacionado 2:** | | |
| **Diagnostico Relacionado 3:** | | |

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

**Nombre de quien solicita:** CARLOS HERNANDO GARICANO SOTO

**Cargo o actividad:** MEDICOS **Teléfono:** 8333434

ortopedia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.602.261
CARRASQUILLA CASAS

APELLIDOS
ARMANDO DE JESUS

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1962
VEGACHI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S RH | M SEXO

07-JUN-2000 YALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0120500-00475054-M-0070602261-20130925 0035043935A 1 40956415

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SOLDADO EJC

AFILIADO
CARRASQUILLA CASAS ARMANDO DE JESUS
CC 70602261

ACTIVO

DISCAPACIDAD NINGUNA
G.S RH O+

Constitución Plástica S.A. 150409/0516

A13143021

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Este documento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos del SSFM, donde se evidencie que el Afiliado se encuentre ACTIVO. En caso de pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301** en la ciudad de Bogotá DC.

**www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co**

Paciente : CC - Cédula de Ciudadanía - 70602261 - ARMANDO DE JESUS CARRASQUILLA CASAS

CLÍNICA GENEZEN

**CLINICA GENEZEN**
**CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO**
**Nit:900438216**
**CodigoHabilitacion: 055791191902**

# ATENCIÓN GENERAL

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente** | ARMANDO DE JESUS CARRASQUILLA CASAS | **Identificación** | 70602261 |
| **Fecha Nacimiento** | 15/02/1982 | **Tipo Identificación** | CC - Cédula de Ciudadanía |
| **Edad** | 42 Años | **Sexo biológico** | Masculino |
| **Teléfono Domicilio** | 3225519808 | **Teléfono Celular** | 3225519808 |
| **Servicio que Admite** | Ambulatoria Programada | **Entidad promotora de salud o entidad adaptada** | 154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024 |
| **Nro de Atención** | 123075 | **Nro de Ingreso** | 111584 |

| | |
|---|---|
| **Fecha** | Ago 29 2024 10:35 |
| **Nivel educativo** | Basica Secundaria |
| **Pertenencia étnica** | Otras etnias |
| **Grupo poblacional** | Población general |
| **Credo religioso** | Católica |
| **Autoriza participación de estudiantes** | Si |
| **Motivo de la consulta** | "CITA INFILTRACIÓN" |
| **Enfermedad actual** | PACIENTE MASCULINO, 42 AÑOS DE EDAD, QUIEN ACUDE A CITA DE RODILLA IZQUIERDA Y TOBILLO DERECHO<br><br>SE APRECIA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.<br><br>EXAMEN FISICO: HOMBROS Y RODILLAS SIMETRICAS SIN DEFORMIDADES.<br><br>en sala de procedimiento bajo anestesia local previa asepsia y antisepsia se realiza infiltraicon intra rodilla izquierda, tobillo derecho se realiza con 3 cc de lidocaina al 1% + 1cc de kenacort acto realizado sin complicacione<br><br>PACIENTE MASCULINO, 42 AÑOS DE EDAD, QUIEN ACUDE A CITA DE INFILTRACIÓN DE RODILLA IZQUIERDA Y TOBILLO DERECHO. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES Y CON MEJORÍA DEL DOLOR SIGNIFICATIVA, SE CITA EN 2 MESES PARA CONTROL DE INFILTRACIÓN. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUIEN ACEPTA Y DICE ENTENDER.<br><br>PLAN:<br>CITA CONTROL INFILTRACIÓN EN 2 MESES. |
| **Revisión por sistemas** | Otros antecedentes: NO REFIERE |

| **Antecedentes personales** | **Antecedentes familiares** |
|---|---|
| Ago 29 2024 : Patológicos : Ninguno Quirúrgicos : Ninguno Alérgicos : Ninguno Traumáticos : Ninguno Tóxicos : Ninguno Perímetro cefálico : Ginecológicos : Ninguno | NO REFIERE |

| | |
|---|---|
| **Alérgicos** | No |
| **Consume medicamentos naturales** | No |

**Tratamiento actual**

NO REFIERE

**Examen físico**

| | |
|---|---|
| **Signos vitales y otros** | PA:/ FC: FR: T°: Peso: Talla: Imc:0 |
| **Aspectos generales** | BUENAS CONDICIONES GENERALES. |

| Examen físico | Notas | Examen físico | Notas |
|---|---|---|---|
| Cabeza y Cuello | No Evaluado | Osteomuscular | No Evaluado |
| Ojos | No Evaluado | Extremidades | No Evaluado |
| Otorrinolaringología | No Evaluado | Piel | No Evaluado |
| Cardiovascular | No Evaluado | Neurológico | No Evaluado |
| Pulmonar | No Evaluado | Tacto rectal | No Evaluado |
| Abdomen | No Evaluado | Tacto vaginal | No aplica |
| Genitourinario | Anormal HOMBROS Y RODILLAS SIMETRICAS SIN DEFORMIDADES. | Examen Mental | No Evaluado |

| | |
|---|---|
| **Análisis** | PACIENTE MASCULINO, 42 AÑOS DE EDAD, QUIEN ACUDE A CITA DE INFILTRACIÓN DE RODILLA IZQUIERDA Y TOBILLO DERECHO. SE REALIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES Y CON MEJORÍA DEL DOLOR SIGNIFICATIVA, SE CITA EN 2 MESES PARA CONTROL DE INFILTRACIÓN. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUIEN ACEPTA Y DICE ENTENDER. |
| **Dx principal** | M150-Nuevo-Presuntivo |
| **Dx relacionado 1** | |
| **Dx relacionado 2** | |
| **Dx relacionado 3** | |
| **Conducta** | PLAN:<br>CITA CONTROL INFILTRACIÓN EN 2 MESES. |

Paciente : CC - Cédula de Ciudadanía - 70602261 - ARMANDO DE JESUS CARRASQUILLA CASAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Manejo** | Ambulatorio | | |
| **¿Tiene indicación para trasplante?** | | **¿Cuenta con probable donante vivo?** | |
| **Nombre del donante** | | | |
| **Medico** | CC 1067927639 HAROLD DAVID CORRALES HERRERA Reg. - Especialidad. Ortopedia | | |
| **Firma** | <br>D7E3426E71649332A0ADF679DCE50A1 | | |