**Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.**
**Nit. 891.856.507-9**
Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.: FEVC544048**

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**
**CUFE :**
932f71cc2125d9ac10756db05a7e5071bc65f33280f830b98d2a3f153312c4ad889f568ce917840 78936c124aeee043a



## Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

## Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-09-30 11:51:33**
Fecha Vencimiento : **30/10/2024**
Forma de pago : **Credito**

## Datos Paciente

Nombre: **ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA**
Identificacion: **CC 42101739**
Dirección : **PUEBLITO BOYACENSE**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3146620454 3147471332**

## Datos Atención

Via Ingreso: **URGENCIAS**
F ingreso: **11/09/2024**
F. Salida : **11/09/2024**
Historia : **T-70683**

| Codigo | Descripción | Fecha | Autorización | Cant | $ Unitario | V. Bruto | Copago | Cuota Mod. | $ Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890701 | Consulta De Urgencias Medicina General | 11/09/2024 | 864 | 1,00 | 73.300 | 73.300 | | 0 | 73.300 |
| 32375-4 | Diclofenaco Sodico 75 Mg/3ml Solucion Inyectable | 11/09/2024 | | 1,00 | 700 | 700 | | | 700 |
| 308027 | Jeringa Desechable X 3 Ml | 11/09/2024 | | 1,00 | 550 | 550 | | | 550 |
| 315267 | Histoacryl 0.5ml | 11/09/2024 | | 1,00 | 4.765 | 4.765 | | | 4.765 |

## Observaciones

T238 AUTORIZACIÓN N° 864

## Valores Finales

| | |
|---|---|
| Sub Total | 79.315 |
| Descuento | 0 |
| Copago / Abono | |
| Cuota Moderadora | 0 |
| **Total Factura** | **79.315** |

**SON:** Setenta y Nueve Mil, Trescientos Quince Pesos con 00/100 * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

## Responsable / Aprueba

Vargas Gomez Yineth Marcela

## Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Impreso: 2024-09-12

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

# ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 864

| | |
|---|---|
| Adscrito: | 820011 - SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA |
| Dirección: | TRANSVERSAL 29 No. 9 C -41 (DUITAMA) |
| Teléfono(s): | 7602579 - 7604756 |
| Especialidad: | Clinicas - Clinicas |

HC: 42101739

Favor atender por nuestra cuenta a ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA identificado con el carne 16604494-B Conyuge de VELEZ HERRERA LUIS HERNANDO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

| Concepto | Cantidad | Valor | Total |
|---|---|---|---|
| Urgencias | 1 | 0 | 0 |

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

SE AUTORIZA URGENCIA DEL DIA 11 DE SEPTIEMBRE DE 2024 Y DEMAS SERVICIOS QUE SE REQUIERAN.

DX: HERIDA DE LA CEBEZA

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA | | | Cedula De Ciudadania N | 42101739 |
| Fecha Nacimiento: | 31/03/1972 | Edad: 52 Años | Sexo: | Femenino | Teléfono: 3146620454 |
| Dirección: | Pueblito Boyacense | | Departamento: | Boyaca | Municipio: Duitama |

## CONSULTA

**** CONSULTA** Fecha: 11/09/2024 HORA:** 04:19:13 p.m.

**DATOS DE INGRESO**

**VIA INGRESO:** URGENCIAS
**FECHA:** 11/09/2024
**HORA:** 04:19:13 p.m.
**CAUSA EXTERNA:** OTRO TIPO DE ACCIDENTE

**MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:**
"ME GOLPEÉ LA CABEZA"

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION DE TRAUMATISMO EN REGION FRONTAL POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA CON HERIDA EN REGION FRONTAL CON POSTERIOR SANGRADO Y CEFALEA, NIEGA PERDIDA DE LA CONCIENCIA, NIEGA EMESIS.

**ANTECEDENTES:**
**ANTECEDENTES GINECOLOGICOS :** *** G0P0 *** MENOPAUSIA
**ANTECEDENTES OCUPACIONALES:** *** COMERCIATE ARTESANO *** COMERCIANTE Y ARTESANA
**ANTECEDENTES PERSONALES:** *** HIPOTIROIDISMO POST YODOTETAPIA MANEJO CON SYNTROID 175 MCG *** HIPOTIROIDEISMO POST YODOTERAPIA
**ANTEDENTES ALERGICOS:** *** PNC *** PENICILINA
**ANTEDENTES FARMACOLOGICOS:** *** SYNTHROID 150 MCG DIA
**ANTEDENTES QUIRURGICOS:** *** CX MAXILOFACIAL
**INMUNIZACIONES:** *** 3 DOSIS VACUNA COVID 19

**REVISION POR SISTEMA:** LO REFERIDO
**EXAMEN FISICO:** SE REALIZA VALORACION MEDICA CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL
**TA:** 148 / 96 | **FC:** 85 | **FR:** 18 | **TEMPERATURA:** 36ºC | **SaO2:** 93 | **PESO:** 78Kg | **TALLA:** 1,64cm | **IMC:** 29 | **DOLOR:** 8 | **Glassgow:** 15 |

**CABEZA Y CUELLO:** EN REGION FRONTAL IZQUIERDA HERIDA DE APROX 2 CM DE LONGITUD, SANGRADO ESCASO
**TORAX Y CARDIOPULMONAR:** SIN LESION APARENTE
**ABDOMEN:** SIN LESION APARENTE
**NEUROLOGICO:** ALERTA, COLABORADOR, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, SIN SIGNOS MENINGEOS, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION

**PELVIS Y GENITOURINARIO:** SIN LESION APARENTE
**DORSO Y EXTREMIDADES:** SIN LESION APARENTE
**PIEL Y FANERAS:** SIN LESION APARENTE
**OTROS:** SIN LESION APARENTE

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** S019 : HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** IMPRESION DIAGNOSTICA

**CONDUCTA:** PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS CON TRAUMATISMO EN REGION FRONTAL CON HERIDA SUPERFICIAL, ENEL MOMENTO ESTABLE, SIN SIRS CLINICO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15, NO SIGNOS DE FOCALIZACION. SE INDICA CURACION DE HERIDA Y SE REALIZA ADRONTAMIENTO CON HISTOACRYL SIN COMPLICACIONES. SE DA EGRESO CON MANEJO AMBULATORIO.

****
SI PRESENTA FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL INTENSO,DIARREA INCOERCIBLE CON PRESENCIA DE MOCO O SANGRE, AUSENCIA DE DEPOSICIONES, AUSENCIA DE GASES, VOMITO PERSISTENTE , DOLOR DE PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, FATIGA EN REPOSO, TOS CON EXPECTORACION CON SANGRE, CONVULSIONES, DESMAYO, O CUALQUIER OTRO SINTOMA O SIGNO QUE USTED CONSIDERE ANORMAL FAVOR INGRESAR POR URGENCIAS.

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS 11/09/2024 04:28:49 p.m.
1. :DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML SOLUCION INYECTABLE | Dosis: 75 MG | Via: I.M. | Cada: 24/ UNICA
2. :LAVADO Y CURACION DE HERIDA
3. :HISTOACRYL 0.5ml

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS 11/09/2024 04:32:59 p.m.
1. :NAPROXENO X 250 mg TABLETA | Dosis: 1 TAB | Via: V.O. | Cada: 8/h | Obs.: SI DOLOR.
2. :DICLOFENACO 50 MG TABLETA | Dosis: 1 TAB | Via: V.O. | Cada: 12/h | Obs.: SI DOLOR INTENSO

**OBJETIVO:**

ROJAS VELANDIA GELLEN MARIANA
MEDICO GENERAL 1052412510

**DATOS DE EGRESO**

FECHA EGRESO: 11/09/2024 HORA EGRESO: 04:38:23 p.m.
DIAGNOSTICO SALIDA: S019 : HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Clínica Boyacá
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7602944 - 7602579
DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

**HISTORIA CLINICA**

**URGENCIAS** **42101739**

***SENA***

A2571730 S8299856 

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | **ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA** | | | *Cedula De Ciudadania* N | **42101739** |
| Fecha Nacimiento: | **31/03/1972** | Edad: **52 Años** | Sexo: | **Femenino** | Teléfono: **3146620454** |
| Dirección: | **Pueblito Boyacense** | | Departamento: | **Boyaca** | Municipio: **Duitama** |

ROJAS VELANDIA GELLEN MARIANA
MEDICO GENERAL 1052412510

---

# Clínica Boyacá

TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7602944 - 7602579 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

**PRESCRIPCIÓN MEDICA No. 1077070**

**FECHA:** 11/09/2024 04:28:49 P.m.

A2571730 | |

**PACIENTE:** ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA **IDENTIFICACION:** 42101739 **ENTIDAD: SENA**

**DX** S019 HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA **VIA DE INGRESO:** URGENCIAS

| | Codigo | Descripción | Dosis | Via | Frecuencia | Cant | Observacion | Duración |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 132M01AD015701 | Diclofenaco Sodico 75 Mg/3ml Solucion Inyectable | 75 Mg | I.m. | 24/ Unica | 1 Solucion Invectable | | |
| 2 | | Lavado Y Curacion De Herida | | | | | | |
| 3 | 315267 | Histoacryl 0.5ml 1 Gota. | | | | 1 | | |

GELLEN ROJAS 11/09/2024 04:29:55 p.m. A No.A2571730

OBSERVACIONES:

lev 3cc-1

Gellen Rojas V.

Rojas Velandia Gellen Mariana

Médico R.M. 1052412510

Isabel Cristina Zuluaga Granada

Arq. de Zeu

**SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S**
NIT. 891856507
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7602944 - 7602579 DUITAMA email:
clinicaboyaca@gmail.com

**SALIDA DE FARMACIA**
**No. : A2571730**



**FECHA INGRESO** 11-sep-2024 **FECHA SALIDA** 11-sep-2024 **VIA DE INGRESO** URGENCIAS **CAMA No.**

**ENTIDAD** SEN488 SENA

**PACIENTE** ZULUAGA GRANADA ISABEL CRISTINA **IDENTIFICAICON** 42101739 2

**ES-1432953** 11/09/2024 10:55:27 **Observaciones**

**MEDICAMENTOS**

| Grupo | Codigo | Codigo pos | Descripción | Unidad | Cant | $ Unitario | $ Costo Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 132M01AD01570 | 19934768-20 | DICLOFENACO SODICO 75 MG/3ML SOLUCION INYECTABLE | | 1 | 700 | 700 |

**MATERIA MQ**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | 308027 | 1 | JERINGA DESECHABLE x 3 ml | | 1 | 550 | 550 |
| 02 | 315267 | 315267 | HISTOACRYL 0.5ml | | 1 | 4.765 | 4.765 |

**SUB TOTAL ES-1432953** **6.015**

**TOTAL** **6.015**

**ANEXO TÉCNICO No. 2**
**INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS**

**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**

## INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

**NUMERO ATENCION** A2571730 **Fecha:** 2024 - 09 - 11 **Hora:** 15 : 15

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** SOCIEDAD CLINICA BOYACA S.A.S | NIT | X | 891856507 |
| | CC | | Número |

**Código** 152380109901 **Dirección Prestador:** TRANSVERSAL 29 N. 9C-41

**Teléfono:** 57 - 098 (Indicativo) 7602944 (Número) FAX: **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** DUITAMA 238

**ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)** Sena **CODIGO:** SEN488

**DATOS DEL PACIENTE**

| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
|---|---|---|---|
| ZULUAGA | GRANADA | ISABEL | CRISTINA |

**Tipo Documento de Identificaci**

- ☐ Registro Ci
- ☐ Tarjeta de Identi
- ☒ Cedula Ciudadar
- ☐ Cedula de Extranj
- ☐ Pasaport
- ☐ Adulto Sin Identif
- ☐ Menor sin identif

**Número documento de identificación:** 42101739

**Fecha de Nacimiento** 1972 - 03 - 31

**Dirección de Residencia Habitual:** PUEBLITO BOYACENSE **Teléfono:** 3146620454

**Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** DUITAMA 238

**Cobertura en Salud**

- ☒ Regimen Contributivo
- ☐ Regimen Subsidiado - total
- ☐ Regimen Subsidiado Parcial
- ☐ Población Pobre No asegurada con SISBEN
- ☐ Población Pobre No asegurada sin SISBEN
- ☐ Desplazado
- ☐ Plan Adicional de Salud
- ☐ Otro

**Origen de la Atención**

- ☐ Enfermedad General
- ☐ Enfermedad Profesional
- ☐ Accidente de Trabajo
- ☐ Accidente de Tránsito
- ☐ Evento Catastrofico

**Clasificación Triage**

- ☐ 1. Rojo
- ☐ 2. Amarillo
- ☐ 3. Verde

**Ingreso a Urgencias**

**Fecha:** 2024 - 09 - 11 **Hora:** 15 : 15 **Paciente Viene Remitido** ☐ SI ☐ No

**Nombre del prestador de servicios de salud que remite**

**Departamento** BOYACA **Municipio:** DUITAMA

**Motivo de Consulta**

"ME GOLPEÉ LA CABEZA"

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION DE TRAUMATISMO EN

**Impresión Diagnóstica**

| | Codigo CIE10 | Descripción |
|---|---|---|
| Diagnostico principal | S019 | HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA |
| Diagnostico relacionado | S019 | HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA |
| Diagnostico relacionado | S019 | HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA |
| Diagnostico relacionado | S019 | HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA |

**Destino del Paciente**

- ☒ Domicilio
- ☐ Observación
- ☐ Internación
- ☐ Remisión
- ☐ Contraremisión
- ☐ Otro

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA**

**Nombre de quien informa** LEIDY CARVAJAL **Teléfono:** 098 (indicativo) 7602944 (número) FAX: 7602579 (extensión)

**Cargo o Actividad** RECEPCION URGENCIAS **Teléfono Celular** 315 317 35 22


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 42.101.739
ZULUAGA GRANADA
APELLIDOS
ISABEL CRISTINA
NOMBRES
FIRMA


16604494-B
Isabel Cristina
Zuluaga Granada
Id. N°. 42,101,739 de Pereira
Fecha de Nacimiento: 31-03-1972
RH: A-
SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL