PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Sogamoso, Octubre 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 septiembre 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 2022 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 31 DE 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 SEPTIEMBRE 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 SEPTIEMBRE 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 SEPTIEMBRE publicado en Secop II
Acreditar la aplicación de protocolos y/o guías médicas, aceptados en salud para el manejo de pacientes	Atención a beneficiarios con los protocolos requeridos por la Secretaría de Salud	
El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial presentando los siguientes documentos: • Carnet vigente • 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 SEPTIEMBRE 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 SEPTIEMBRE 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° ELS1924, formato relación de servicios prestados del mes de SEPTIEMBRE 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.** 9472524360 y 9474530690 **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

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

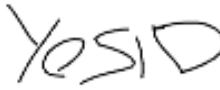
FECHA: 2024-09-24T08:40:11
MANIFIESTO: 4210285
ID CLIENTE: 37832
CLIENTE: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS
DIRECCION: CR 12 20 10
CIUDAD: TUNJA
NIT: 900242209
CC OPERARIO: 1002366805
OPERARIO: JORGE YESID QUINTERO MATEUS
CC AUXILIAR: 7182241
AUXILIAR: ALVARO DAVID ACUNA DIAZ
VEHICULO: GQU534

RESIDUOS

RESIDUO	CANT/KG
BIOSANITARIOS	1 / 9.61

TOTAL Cantidad: 1
TOTAL Kilos: 9.61

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
TUNJA						
1	1052383025	DIEGO FERNANDO SOLANO NARANJO	701	12/08/2024	Cuarto Pago	$ 800.000
					Exodoncia Método Abierto (2)	$ 360.000
3	1050620180	YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ	686	05/08/2024	Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y5 fotos)	$ 150.000
					Consulta Odontólogo Especialista (Odontopediatria)	$ 60.000
	13836375	JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ	807	03/09/2024	Panorámica	$ 28.000
					Periapical y Coronal (2)	$ 28.000
			838	06/09/2024	Consulta Odontólogo Especialista (Rehabilitacion)	$ 60.000
SOGAMOSO						
1	10027599938	ANGIE KATHERINE HOLGUIN CORREDOR	524	23/09/2024	Exodoncia Semi-Incluidos (2)	$ 360.000
					Cirugía Diente Incluido (2)	$ 400.000
			940	24/09/2024	Panorámica	$ 28.000
6	209396686	MARTHA ISABEL RODRIGUEZ CANON	577	16/07/2024	Obturación 1 superficie Resina	$ 43.000
					Superficie adicional (2)	$ 54.000
					Corona Completa MetalPorcelana	$ 700.000
					Prótesis Dentomucosoportada o combinada 1 a S dientes	$ 540.000
			881		Obturación 1 superficie Resina(1)	$ 43.000
					Superficie adicional (2)	$ 54.000
	1054284873	LAURA SOFIA ALARCON JIMENEZ	561	14/07/2024	Panorámica	$ 28.000
	1058353814	KEVIN ALEJANDRO MONTAÑEZ CORREDOR	654	31/07/2024	Obturación 1 superficie Resina(1)	$ 43.000
					Superficie adicional (2)	$ 54.000
			615	24/07/2024	Cuota inicial	$ 700.000
	46386488	MARIA SANDRA HERNANDEZ VIANCHA	939	24/09/2024	Panorámica	$ 28.000
	37213085	HILDA ROLON DE PEREZ	911	20/09/2024	Panorámica	$ 28.000
	1057980154	NELSON SANTIAGO GONZALEZ BENAVIDES	852	10/09/2024	Segundo Pago	$ 600.000
	24182672	MARIA NELLY CASTRO TEJEDOR	971	27/09/2024	Panorámica	$ 28.000
	1058354659	DANNA VALENTINA MONTAÑEZ CORREDOR	614	24/07/2024	Cuota inicial	$ 700.000
VALOR TOTAL ELS1924						**$ 5.917.000**

TUNJA	$ 1.486.000
SOGAMOSO	$ 4.431.000

Impreso: 2024-08-12

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 701

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

HC: 1052383025

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

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Cuarto Pago	1	800000	800000
Exodoncia Metodo Abierto	2	180000	360000

OBSERVACIONES

null

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

1052383025
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: Diego Fernando Solano N. CÓNYUGE HIJO PADRE HERMANO T.Q. E.P. P.

EDAD 18 SEXO M F CARNE 41111861-D DOCUMENTO 1052388025 DE Tunja FAMILIAR DE Laurentino Solano

De Dr. Javier Barreto
Al Dr. Ortosonria

Tipo de Servicio: Odontología
Clínica u Hospital:

BLOQUE CONVENCIONALES

- D CARIES O RECIDIVA
- O OBTURADO
- O CORONA COMPLETA
- PROTESIS EXISTENTE
- X EXTRACCION INDICADA
- SIN ERUPCIONAR
- EXTRAIDA
- ENDODONCIA
- ORTODONCIA
- CIRUGIA
- OTROS

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

4-6-15 x 2
Exodoncia 38-48

25-1-20
Ortodoncia
Cuarto pago.

Dr. Javier Barreto Rodriguez
Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C. 80.844.636

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

Diego Fernando
Solano Naranjo

Este carne 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



4111181-D

Diego Fernando
Solano Naranjo

Id. N°. 1.052.383.025 de Tunja
Fecha de Nacimiento: 11/10/2005
RH: A+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1052383025**

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

Motivo de Consulta

1) Principalmente porque tengo mordida profunda"

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Alergias

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

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

Odontólogo

Aide Naranjo C.

Powered by CamScanner

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

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

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
21/10/23	odontologia (A)	Se Toma impresion por Plano de modelos Anteriores	Paola Fernanda Camargo C.C 1.057.[illegible] Ortodoncista Universidad Cooperativa de Colombia UniCLEO	
10/11/23	odontologia (B)	de entrega Plano de modelos Anteriores Elasticos clase II 3/16M	Paola Fernanda Camargo C.C [illegible] Ortodoncista y Ortopedia Maxilar UniCLEO	
24/11/23	odontologia (A) (C)	Se realiza control de odontologia Aseo superior e Inferior 0.018 Acero se ajusta Plano de modelos Anteriores.	Dra. Paola Fernanda Camargo C.C 1.057.[illegible] Ortodoncista y Ortopedia Maxilar UniCLEO SSO Odontologia General	
CONTRATO 2024. CUARTO PAGO (CONTROL 1-6)				
28-08-24	ortodoncia (1)	Brackets 16x22 de Mt. Superior 016 de Mt. Inferior Cambio Ligas ordeno Rx panoramica y perfil y Fotos.	Dr. Jorge E. Lora De la T. Ortodoncista U.C.C.I.C. T.P. 5380	
20-09-24 17:30-17:55	Exodoncia 38 y 48	Paciente programado para exodoncia de 38 y 48 A/O cups 231303. se explica procedimiento, se firma consentimiento se realiza asepsia y antisepsia, colocamos campos estériles se aplica anestesia local lidocaina 2% CE 1:80000 grupo N. dentario superior y lingual bilateral Incisivo, colgajo, Triangular Osteotomia, Odontosección, luxación y extracción de 38 y 48, hemostasia con Sedas 3-0. Se ordena Medicamento y pauta	Dr. Esteban Erazo E. Cirujano Oral y Maxilofacial Universidad Nacional c.c 1.026.573.488	

OrtoSonria

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA ORAL:
Exodoncia quirúrgica o de incluidos.

Yo, Diego Fernand Solano, identificado (a) con documento de identidad número: 1052 383025 de Tunja como paciente (o acudiente) de _____, identificado (a) con documento de identidad número: _____ de _____. He sido informado(a) por el (la) doctor (a): Esteban Garcia sobre la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es): exodoncia 38 y 48; Se me ha ofrecido como alternativa: NA, sin embargo, según lo explicado, he elegido el tratamiento principal que consiste(n) en: Exodoncia 38 y 48

Los beneficios de la intervención son: AMBIENTACION QUIRÚRGICA, DEVOLVER O MANTENER SALUD ORAL, PREVENCIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA, ELIMINAR O EVITAR FOCOS INFECCIOSOS.

También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local (principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la historia clínica); que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceración y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en tejidos blandos, edema angioneurótico y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior.

No obstante la adecuada selección de la técnica y de su correcta aplicación, podrían presentarse efectos no deseables, bien sean los comunes derivados de todo proceso invasivo, como los asociados a la condición actual del paciente (hipertensión, cardiopatía, diabetes, anemia, edad avanzada, obesidad) y riesgos específicos del procedimiento entre los cuales enunciamos los principales: DOLOR, SANGRADO EXCESIVO, INFECCION, INFLAMACION, EDEMA, LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS, DEHICENCIAS, DESGARRO DEL COLGAJO O TEJIDOS ADYACENTES, PARESTESIAS, LESIONES VASCULARES Y/O NERVIOS IMPORTANTES, FRACTURA DE TABLA VESTIBULAR, FRACTURA MAXILAR O MANDIBULAR, REINTERVENCION, COMUNICACIÓN OROANTRAL, FRACTURA ÓSEA, OSTEONECROSIS, MOVILIDAD O DESPLAZAMIENTO DE DIENTES A ESTRUCTURAS VECINAS, SINUSITIS, PANSINUSITIS, ALVEOLITIS, EXODONCIA INCOMPLETA, MAL PROCESO DE CICATRIZACION, HEMATOMA, SENSIBILIDAD POSTOPERATORIA, MOVILIDAD POSTOPERATORIA DE DIENTES ADYACENTES, DESALOJO DE RESTAURACIONES O PROTESIS EN DIENTES CERCANOS, LESION A DIENTES ADYACENTES, FRACTURA DE INSTRUMENTAL y otros: _____

Generalmente las mencionadas situaciones se resuelven con tratamiento médico (quirúrgico, fármacos, sueros, antibióticos, etc.) pero podrían requerir una intervención en algunos casos de urgencia. Ninguna cirugía o procedimiento especial está definitivamente exenta de riesgos. Adicionalmente he informado las posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones de la coagulación, marcapasos, medicamentos que estoy tomando, uso de prótesis dentales o cualquier otro antecedente de importancia. Por mi condición puedo tener además de los riesgos mencionados los siguientes: _____.
Es posible que debido a hallazgos intraoperatorios puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el plan quirúrgico, por lo cual autorizo su realización. El cirujano obrará en mi beneficio, teniendo en cuenta mi seguridad como prioridad.

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-08-05

CHAMBERCOIS

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: BOYACA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 686

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7436582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1050620180

Favor atender por nuestra cuenta a VIASUS HERNANDEZ YANNICK ALEJANDRO identificado con el carne 7174961-E Hijo de LUIS ANTONIO VIASUS SILVA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista ortodoncia	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

x Charlig thack. 33358805

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: Yannick Alejandro Viasus

CONYUGE HIJO(A) PADRE HERMANO TO CA R

EDAD: 9 SEXO: M CARNE: 717496I - E FECHA DE NACIMIENTO: DE Luis Antonio Viasus

De Dr.: Javier Barreto
Al Dr.: Ortodoncia

Tipo de Servicio: Odontología

Clínica o Hospital:

BASICOS CONVENCIONALES		FECHA - DIA - MES - AÑO	EXAMEN INICIAL	Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
C	CARIES O RECIDIVA		VESTIBULAR	4-2-35 ① Laguale. de Ortodoncia
B	OBTURADO			4-7-10 ① Valoración Ortodoncia
O	CORONA COMPLETA			
P	PROTESIS EXISTENTE			
X	EXTRACCIÓN INDICADA		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
-	DIENTE ESPECIONALE			
I	EXTRAIDA			
E	ENDODONCIA		VESTIBULAR	
O	ORTODONCIA	FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL	
Δ	CIRUGIA		VESTIBULAR	
≡	OTROS		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
FECHA	DIA MES AÑO		VESTIBULAR	

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SENA

EL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DEL SENA REGIONAL CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que **YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ** identificado con C.C No.1050620180 y con carné No. 7174961-E, se encuentra afiliado al Servicio Médico Asistencial como *Beneficiario-HIJO* del funcionario **LUIS ANTONIO VIASUS SILVA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7174961.

El Servicio Médico Asistencial tiene cobertura a nivel nacional en tratamiento ambulatorio, medicina, odontología y hospitalización. El Servicio Médico Asistencial del SENA no es una Entidad Prestadora de Servicios de Salud, es un beneficio para los servidores públicos de la Entidad tal como lo consagra el Artículo 45 de la Ley 119 de 1994.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los veintiséis (26) días del mes de agosto de 2024.

RODOLFO VALENZUELA PARDO
Coordinador Grupo de Talento Humano
Regional Cundinamarca

Proyectó: Jennifer Morales
Cargo: Contratista SMA

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ

Tarjeta de Identidad nro. 1050620180

Nombre
YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ
Departamento
Boyaca
Dirección
00
Teléfono Casa
3134943222
EMail
00
Acudiente y/o Acompañante:
CLAUDIA HERNANDEZ HERNANDEZ

Fec. Nacimiento
02/04/2015
Edad
9 años
Estado Civil
Soltero(a)
Municipio
TUNJA
Genero
Masculino
Nacionalidad
Colombia
Vinculacion
Particular
Fec. Ingreso
29/08/2024
Teléfono Celular
3134943222
Teléfono. Oficina
3134943222
Ocupación
Estudiante
EPS
SENA
Identificación
33368825
Teléfono
3134943222
Parentesco
Mama

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual
, Tiempo de Evolucion:
, Tiempo de Evolucion:

Revision por Sistemas
* .

Antecedentes
* .

Hábitos
* NINGUNO.

Alergias
.

Medicamentos en Uso

Yo, CLAUDIA HERNANDEZ HERNANDEZ 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 la Salud General de YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor(a)
CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETIC

Dra. Carolina Zuluaga
ODONTOPEDIATRA
Reg. 32800441 U. Bosque

Acudiente
CLAUDIA HERNANDEZ HERNANDEZ
33368825

Powered by CamScanner

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Yannick Viasus Hernandez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1050620180 **FECHA ATENCION INICIAL:**

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
29-08-2024		Se toma Paquete de Ortodoncia Completa		
14-09-2024 Valoracion Sena	F12:9:24 TV28:9:24 C910 H11am Operatoria Ana	Bracket clase II esqueletal y dental se ordena aparatos placas de Hawley clase II Contorneo los transversales y gancho Z en 11 se entrego cotizacion para autorizar aparatos Hiyax Superior con Bordes en 16,26. placa Hawley inferior. RC: tomar impresores.	Dra Carolina Zuluaga ODONTOPEDIATRA Reg. 32800441 U. Bosque	
28-08-2024 2:30 pm.	F27:9:24 TV13:10 H9:30 am H 2 pm Operatoria Ana	Se toma Impresores para fabricacion de aparatos placas de Hawley clase II gancho Z en el 11 paladar RC: RX y entrega Aparatos	Dra. CAROLINA ZULUAGA ODONTOPEDIATRA C.C. No 32800441	
12-10-2024 10:30		Se realiza entrega de Aparatos de ortopedia maxilar se dan recomendaciones a acudiente mamá. PC: Control 1 mes.	Dra. Carolina Zuluaga ODONTOPEDIATRA Reg. 32800441 U. Bosque	

OrtoSonria

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 807

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: 13836375

Favor atender por nuestra cuenta a GONZALEZ GONZALEZ JOSE RAMON identificado con el carne 38243945-C Conyuge de RAMIREZ TRUJILLO CIELO CONSTAZA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	28000	28000
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

Recibido a Satisfacción C.C. 13836375

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-06

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 838

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: 13836375

Favor atender por nuestra cuenta a GONZALEZ GONZALEZ JOSE RAMON identificado con el carne 38243945-C Conyuge de RAMIREZ TRUJILLO CIELO CONSTAZA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

VALORACION POR REHABILITACION ORAL

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. 13836375

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

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

PACIENTE: José Ramon Gonzalez — CÓNYUGE / HIJO / PADRE / HERMANO — TA / FC / P

EDAD: 67 — SEXO: X — CARNÉ: 38243945 — DOCUMENTO: CC — TELEFONO DE REFERENCIA

DIRECCIÓN: Javier Barreto — Tipo de Servicio: Odontología — Clínica o Hospital: Ortosonrisa

DERECHO CONVENCIONALES	FECHA	DIA	MES / AÑO	EXAMEN INICIAL
A CARIES DE RECIDIVA				VESTIBULAR
B COLUMNAS				
C CORONA COMPLETA				
D PROTESIS EXISTENTE				
E EXTRACCION INDICADA				DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO
F SIN ERUPCIONAR				
G EXTRACCION				
H PROTESIS				VESTIBULAR
I CARIES	FECHA	DIA	MES / AÑO	EXAMEN FINAL
J OBTURACION				VESTIBULAR
K OTROS				
				DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO
FECHA PROXIMA CITA				VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

4-2-5 X2
Rx Periapical del 13 y 15
4-2-15.
Rx Panorámica
Dr. Javier Barreto Rodriguez
Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C. 80.844.636
06/04/24.
4-1-10 X3
Ubicación
- Endodoncia
- Periodoncia
- Rehabilitación Oral.
Concepto Zona 14-15 y Rehab Maxilar Sup
Dr. Javier Barreto Rodriguez
Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C. 80.844.636

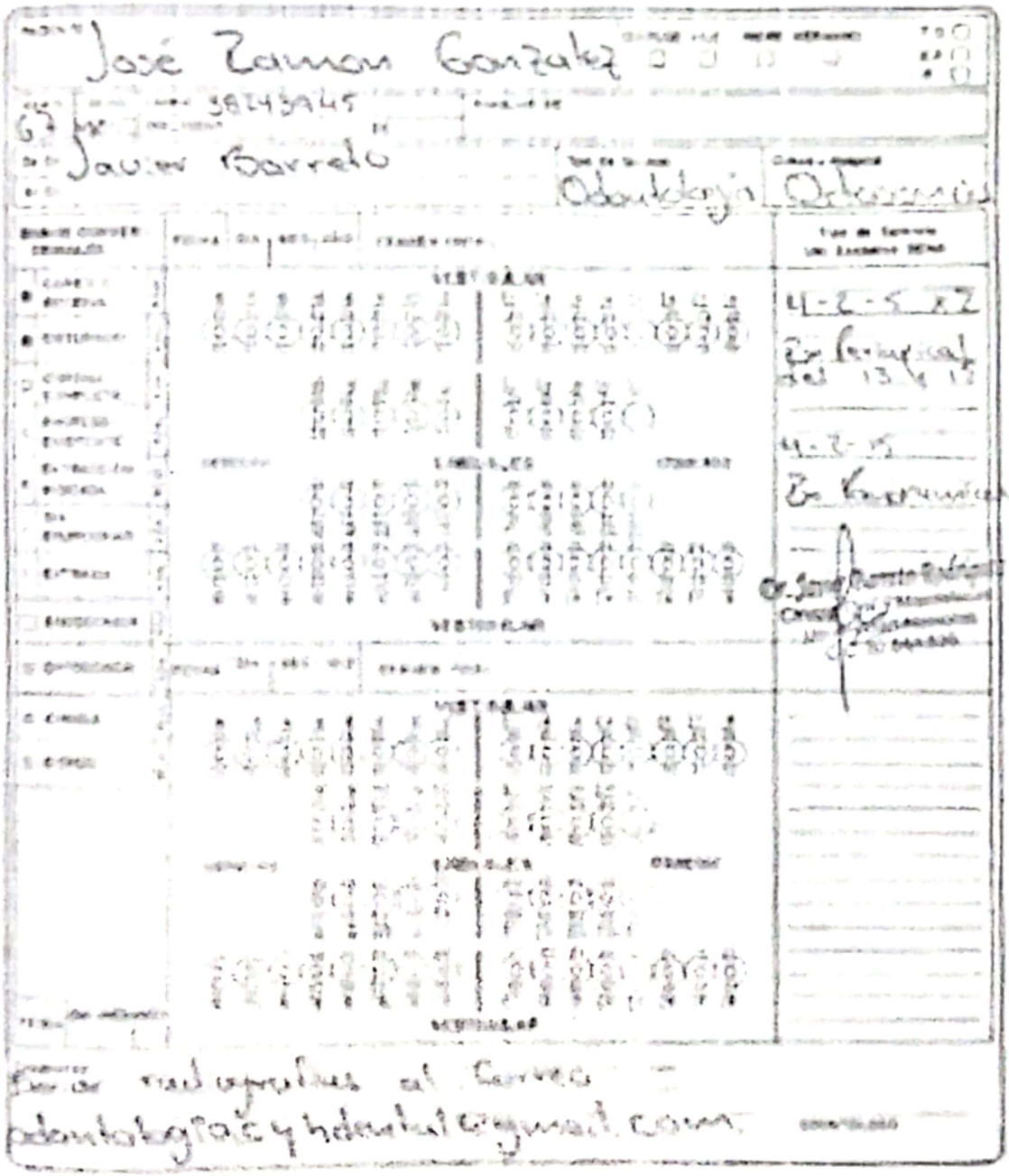
OBSERVACIONES: Enviar radiografias al Correo odontologiacyhdental@gmail.com.

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

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



Enviar radiografías al correo
odontologia@yahoo.com

DISTRITO CAPITAL

38243945-C

JOSE RAMON
GONZALEZ GONZALEZ

DOCUMENTO N°

13836375



02/04/1957
Fecha de Nacimiento

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

RAMIREZ CIELO CONSTANZA
Nombre del Funcionario

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

30/06/2020
Fecha de Vencimiento

FIRMA AUTORIZADA

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ

Cédula de Ciudadanía nro. 13836375

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ		06/04/1957	67 años	Casado(a)
Departamento	**Municipio**			**Genero**
Boyaca	TUNJA			Masculino
Dirección	**Nacionalidad**	**Vinculacion**		**Fec. Ingreso**
CRA 2 NUM 2-46 JENEDSANO	Colombia	Particular		06/09/2024
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3123944940	3123944940	3123944940		
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
ramondegiron@gmail.com	Empresario	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**	**Parentesco**	
000 000	000	000	Abuelo(a)	

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual

, Tiempo de Evolucion:
, Tiempo de Evolucion:

Revision por Sistemas

* .

Antecedentes

*. HTA control, APNE en EPS.

Hábitos

* NINGUNO.

Alergias

Medicamentos en Uso

Tioban, control, Rosuvita

Yo, JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ 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.

Sergio David Amado
T.P. 1.019.123.606
Odontólogo - UEB
Rehabilitación Oral - UNAL

Doctor(a)
CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETIC

Paciente
JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ
Cédula de Ciudadanía 13836375

Powered by CamScanner

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Ramon Gonzalez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 13836375 **FECHA ATENCION INICIAL:** 27·09·2024

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
06/09/24		Toma de Radiografia Panoramica y 2 periapicales Paciente lleva Rx Periapical al Dr. Javier Barreto.		
27/09/2024	Reha	Paciente de sexo masculino asiste a consulta de valoracion por Rehabilitacion oral, se observa ajuste fijo ERAAN 13 y 15 con tejido reseccionado exitosa parcial superficial con metal ceramica descementado se planea PPR sup con ajustes y Nueva retiver unico con ajuste del 13 y 15 por- visibilidad de los dientes, de no ser posible estaran indicados por evidencia, se planea 2 planes de tratamiento con mejor pronostico. el Plan de tratamiento 1. Paciente entiende. se deja en buenas condiciones	Sergio Daniel Ordoñez C. C.C. 1.075.125.606 Odontologia - UEB Esp. Rehabilitacion Oral - UNAL	
08-10-2024		Consulta periodoncia examen Clinico, caso radiografico en condiciones de normalidad no bolsas periodontales, adecuado control de placa, severo higiene oral se indica fase higienica preventiva	Oscar Cano Riapira Odontologo y magister en salud U. El bosque 1053802299	

OrtoSonria

Powered by CamScanner

SENA

Impreso: 2024-09-23

SENA

Impreso: 2024-09-23

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 524

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: 1002759938

Favor atender por nuestra cuenta a HOLGUIN CORREDOR ANGIE KATHERINE identificado con el carne 46382451-E Hijo de CORREDOR BARRERA SANDRA MILENA Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Exodoncia Semi-Incluidos	2	180000	360000
Cirugia Dientes Incluidos	2	200000	400000

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

Angie K Holguin

Recibido a Satisfacción C.C. 1002759938

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 940

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: 1002759938

Favor atender por nuestra cuenta a HOLGUIN CORREDOR ANGIE KATHERINE identificado con el carne 46382451-E Hijo de CORREDOR BARRERA SANDRA MILENA 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

Angie K Holguin

Recibido a Satisfacción C.C. 1002759938

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: Angie Molano

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

EDAD: 21 SEXO: M ☐ F ☒ CARNE: 1032421951-6 DOCIDENT: 1002758537 DE 506

FAMILIAR DE: Sandra Bolaños

De Dr.: Carlos Nocua

A: Dr.: ORTODONCIA

Tipo de Servicio: odontología

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

⊕	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
=	OTROS	ROJO

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

1) (4-6-20)
18-28
2) (4-6-10)
38-48

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

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

PACIENTE: Angie Holguin

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.C. ☐ ☒ ☐ ☐ ES ☐ P ☐

EDAD: 21 SEXO: M ☐ F ☒ CEDULA: 1.092755138 DE 320

FAMILIAR DE: Sandra Pombar

Dx Dr. Ianbs Nocera

At 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		VESTIBULAR	D 4-2-15
B	OBTURADO	AZUL			
O	CORONA COMPLETA	AZUL			
=	PROTESIS EXISTENTE	AZUL			
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
—	SIN ERUPCIONAR	AZUL			
1	EXTRAIDA	AZUL			
☐	ENDODONCIA	ROJO		VESTIBULAR	
⊙	ORTODONCIA	AZUL	FECHA: DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL	
Δ	CIRUGIA	ROJO		VESTIBULAR	
≡	OTROS	ROJO		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
FECHA: DIA MES AÑO				VESTIBULAR	

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner



46382451 - E

Angie Katherine

Holguín Corredor

Id. N°. 1002759938 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento:
28-10-2002 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.

Angie Katherine
Holguín Corredor
RH: O+

46382451 - E

Fecha de Expedición: 14-05-2021

SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1002759938**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
ANGIE KATHERIN HOLGUIN CORREDOR		28/10/2002	17 años	Soltero(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
BARRIO UNIVERSITARIO				07/12/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3112869656				
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	ESTUDIANTE	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
SANDRA CORREDOR	46382451	3112869656		Mama

Motivo de Consulta

"Revision general"

Historia Enfermedad Actual

No refiere.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
No refiere.	

Antecedentes

Tipo	Observación
No refiere.	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

No refiere.

Alergias

No refiere

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

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

Doctor Lesly Guerrero Rivera
Odontóloga Unimag
R.O. 470975

Sandra M. Corredor.

Powered by CamScanner

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Angie Holguin

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1002759938 **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
7-12-19		Paciente Femenina asiste a consulta odontológica, se realiza detartraje por cuatro cuadrantes. Se dan indicaciones de higiene y cuidado.	Leidy Gutierrez Odontóloga Unimag R.O. 470975	Sandra M. Gomez Angie Holguin
9-12-19	Diente 17, 16, 13 12, 22, 23 37, 47.	Paciente Femenina menor de edad asiste a consulta odontológica en compañía de su madre; se remueve tejido cariado, desmineralización, adhesivo, resina A1, control oclusión y pulido, indicaciones de higiene y cuidados—	Leidy Gutierrez Odontóloga Unimag R.O. 470975	Sandra M. Gomez
24/09/24		Orden Rx panoramica		Angie K Holguin
25/09/24 10:30-11:00	Exodoncia 18, 28, 38, 48	Paciente programada para exodoncia de terceros molares. KOIO. Se explica procedimiento, se pone consentimiento, asepsia y antisepsia. Colocación de campos estériles. Se aplica anestesia local lidocaina 2% CE 1/80000 bloqueo N. dentario inferior, bucal y lingual bilateral, infiltrativa en 18 y 28 bucal luxación y avulsión de 18 y 28 con fórceps anterosuperior. Incisión en colgajo triangular, osteotomía luxación y avulsión de 38 y 48 curetaje y lavado. Sutura con seda 3-0. Se cumplen se dan recomendaciones y fundas	Esteban Erazo E. Cirujano Oral y Maxilofacial Universidad Nacional	Angie K Holguin

Kit cirugía. Fe 25-09-24 Fv 11-03-25 Lote 930 H: 10:00 Am Milena

OrtoSonria

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA ORAL:
Exodoncia quirúrgica o de incluidos.

Yo, Angie Katherine Holguin, identificado (a) con documento de identidad número: 1002209936 de Sogamoso, como paciente (o acudiente) de ~~_____~~, identificado (a) con documento de identidad número: ~~_____~~ de ~~_____~~. He sido informado(a) por el (la) doctor (a): Esteban Erazo sobre la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es): Exodoncia 18, 28, 38, 48; Se me ha ofrecido como alternativa: NA, sin embargo, según lo explicado, he elegido el tratamiento principal que consiste(n) en: Exodoncia de 18, 28, 38, 48

Los beneficios de la intervención son: AMBIENTACION QUIRÚRGICA, DEVOLVER O MANTENER SALUD ORAL, PREVENCIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA, ELIMINAR O EVITAR FOCOS INFECCIOSOS.

También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local (principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la historia clínica); que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceración y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma. dermatitis. vértigo o mareo. lesión en tejidos blandos. edema angioneurótico y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior.

No obstante la adecuada selección de la técnica y de su correcta aplicación, podrían presentarse efectos no deseables, bien sean los comunes derivados de todo proceso invasivo, como los asociados a la condición actual del paciente (hipertensión, cardiopatía, diabetes, anemia, edad avanzada, obesidad) y riesgos específicos del procedimiento entre los cuales enunciamos los principales: DOLOR, SANGRADO EXCESIVO, INFECCION, INFLAMACION, EDEMA, LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS, DEHICENCIAS, DESGARRO DEL COLGAJO O TEJIDOS ADYACENTES, PARESTESIAS, LESIONES VASCULARES Y/O NERVIOS IMPORTANTES, FRACTURA DE TABLA VESTIBULAR, FRACTURA MAXILAR O MANDIBULAR, REINTERVENCION, COMUNICACIÓN OROANTRAL, FRACTURA ÓSEA, OSTEONECROSIS, MOVILIDAD O DESPLAZAMIENTO DE DIENTES A ESTRUCTURAS VECINAS, SINUSITIS, PANSINUSITIS, ALVEOLITIS, EXODONCIA INCOMPLETA, MAL PROCESO DE CICATRIZACION, HEMATOMA, SENSIBILIDAD POSTOPERATORIA, MOVILIDAD POSTOPERATORIA DE DIENTES ADYACENTES, DESALOJO DE RESTAURACIONES O PROTESIS EN DIENTES CERCANOS, LESION A DIENTES ADYACENTES, FRACTURA DE INSTRUMENTAL y otros: _____

Generalmente las mencionadas situaciones se resuelven con tratamiento médico (quirúrgico, fármacos, sueros, antibióticos, etc.) pero podrían requerir una intervención en algunos casos de urgencia. Ninguna cirugía o procedimiento especial está definitivamente exenta de riesgos. Adicionalmente he informado las posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones de la coagulación, marcapasos, medicamentos que estoy tomando, uso de prótesis dentales o cualquier otro antecedente de importancia. Por mi condición puedo tener además de los riesgos mencionados los siguientes: _____.
Es posible que debido a hallazgos intraoperatorios puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el plan quirurgico, por lo cual autorizo su realizacion. El cirujano obrara en mi beneficio, teniendo en cuenta mi seguridad como prioridad.

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-13

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 881

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

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

Impreso: 2024-07-16

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 577

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
Obturación 1 Superficie Resina y Diente #22	1	43000	43000
Superficie Adicional	2	27000	54000
Corona Completa Metal-Porcelana	1	700000	700000
Prote. Dentomuso O Combinada 1 A 5 Dientes	1	540000	540000

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: Nzetho Rodriguez

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

EDAD 67 | SEXO M ☐ F ☒ | CARNE: 1007 9596-C | DOCUMENT. 2993926 DE

FAMILIAR CC: Victor Rodriguez

De Dr. Carlos Nocera

A: Dr. Odontologia

Tipo de Servicio: Odontologia

Clínica o Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

⊗	CARIES O RECIDIVA	ROJO
▯	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

FECHA: DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

1 (A-3-15) Diente 29

2 (A-3-27) Diente 27

3 (A-3-27) Diente 29

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

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.C. ☐ ER ☐ R ☐

EDAD 67 SEXO M ☐ F ☒ CEDULA: 19079596 - C DOCUMENT. 20939686 DE

FAMILIAR DE: Victor Manuel Rodriguez

De Dr. Carlos Nocuera

Al Dr.

Tipo de Servicio: odontologia

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES			FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN INICIAL	Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
●	CARIES O RECIDIVA	ROJO		VESTIBULAR	(1) (4-2-15)
▷	OBTURADO	AZUL			(2) (4-6-5)
○	CORONA COMPLETA	AZUL			37
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL			
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
—	SIN ERUPCIONAR	AZUL			
(	EXTRAIDA	AZUL			
▢	ENDODONCIA	ROJO		VESTIBULAR	
⊙	ORTODONCIA	AZUL	FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL	
Δ	CIRUGIA	ROJO		VESTIBULAR	
≡	OTROS	ROJO			
				DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
FECHA	DIA MES AÑO			VESTIBULAR	

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

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

3112.

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **20939686**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
MARTHA ISABEL RODRIGUEZ CAÑON		05/11/1956	64 años	Union Libre
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Femenino
Dirección CALLE 2 N 3-33	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 18/06/2021
Teléfono Casa 3152977291 Mensaje Whatsapp.	**Teléfono Celular** Espeso 3184878907	**Teléfono. Oficina**		
EMail 00	**Ocupación** AMA DE CASA	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: VICTOR MANUEL RODRIGUEZ	**Identificación** 19079596	**Teléfono** 3184878901 Esposo		**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta

"Vengo para consulta"

Historia Enfermedad Actual

Paciente asiste remitido por el SENA para tratamiento

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Tiroides hace 8 años	

Antecedentes

Tipo	Observación
Hace 20 años Cirugía cálculos de vesícula biliar	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO No refiere	

Medicamentos en Uso

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

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

Doctor

Martha Rodriguez

17-11-23 Odontología 009 Plan No 11

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética 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 informado, se realiz restauracion en resina de diente 22 (PMV) se verifica oclusion, se pule. Paciente conforme sale por su medio. Se programa cita para toma de impresion corona	Gherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
01-08-24		Paciente asiste a consulta odontologica. se realiza explicacion de Procedimiento, firma de consentimiento informado, se realiza reparacion 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	Gherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
14-09-24		Paciente asiste a consulta odontologica. se realiza explicacion de Procedimiento, firma de consentimiento informado se realiza Prueba adaptacion y cementacion de corona diente 25. Se verifica oclusion, se cita control 8 dias. Paciente conforme, tiene autorizacion para resina diente 27 por la cavidad esto no afecta y Posiblemente requiere tratamiento endodontico.	Gherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Martha Isabel Rodriguez Caron.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 20939686 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
10-10-24	Basico Dx. Fe: 10-10-24 Fv: 25-10-24 Lote 976 H: 11 Am. Milena	Paciente asiste a consulta odontologica se realiza explicacion de procedimiento se realiza Prueba adaptacion y entrega de Protesis Parcial Inferior, se dan indicaciones de higiene y cuidado Paciente manifiesta conformidad y sale por sus medios	Gherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	

Powered by CamScanner

OrtoSonria	"Sistema de Gestión de la Calidad"		
	GESTION DE CALIDAD		
CONSENTIMIENTO INFORMADO REHABILITACION ORAL			
Código: 001	Versión: 1	Fecha Aprobación: 28/09/2022	Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACION REHABILITACION ORAL

NOMBRES COMPLETOS:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
Martha Isabel Rodriguez Cañon		
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC(X) CE( ) OTRO( ) 20939686	NUMERO DE DOCUMENTO:	
FECHA DE NACIMIENTO: 05 11 56	EDAD: 67	TELEFONO: 3152977291
DIRECCION: Cll. 2da A # 3-33	TIPO DE ASEGURADOR:	NUMERO HISTORIA CLINICA:

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

Para constancia se firma en la ciudad de Sogamoso a los 10 ( ) días del mes de OCTUBRE del año 2024 ( ).

Martha Isabel Rodriguez C.

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

Jherson Moreno Salcedo
ODONTÓLOGA

Firma de la Odontóloga General Y Especializado
T.P. Nro. CC 1053588040
CC. Nro. _____ de _____

Huella

Powered by CamScanner

noSonria	"Sistema de Gestión de la Calidad"		
	Proceso GESTION DE CALIDAD		
CONSENTIMIENTO INFORMADO REHABILITACION ORAL			
igo: 001	Versión: 1	Fecha Aprobación: 28/09/2022	Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACION REHABILITACION ORAL

NOMBRES COMPLETOS:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
Martha Isabel	Rodriguez	Carron
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC(X) CE( ) OTRO( )	NUMERO DE DOCUMENTO:	20 939 680
FECHA DE NACIMIENTO: 05-11-56	EDAD: 68	TELEFONO:
DIRECCION:	TIPO DE ASEGURADOR:	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: Jherson Moreno S, Odontóloga General, me ha explicado la necesidad sobre realizar el procedimiento odontológico de **REHABILITACION ORAL (PROTESIS FIJA Y/O REMOVIBLE PARCIAL O TOTAL).** El propósito principal es la reposición total o parcial de las piezas dentarias ausentes, o la reconstrucción anatómica de los dientes que han perdido estructura. La intervención consiste en la preparación de la boca mediante el tallado de los dientes adyacentes, o bien del correcto manejo de los tejidos blandos, y en la forma de impresión para la confección de los modelos. Se me han explicado los riesgos y complicaciones que se puedan presentar durante o después de realizado del tratamiento, tales como: Nauseas, ulceraciones, molestias, movilidad en caso de poco soporte óseo, des cementación de temporales y coronas definitivas, fractura de la estructura metálica o de la porcelana, fractura de prótesis, pre implantitis asociada a la mala higiene, con lo que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, uso de aditamentos que corrijan posición de implantes, necesidad de cirugías periodontales para mejorar los defectos óseos y que puedan prolongarse por algún tiempo, por lo que deberé acudir periódicamente al consultorio. Sin embargo, igualmente entiendo que durante el tratamiento y después del mismo, deberé cuidar meticulosamente la higiene oral mediante las técnicas y recomendaciones que se me han indicado y entregado. **ADMINISTRACION DEL ANESTESICO LOCAL.** También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local cuyo principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la tabla que se encuentra al final del presente documento y que hace parte del mismo; que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceración y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en tejidos blandos, edema angioneurótico y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior. Declaro haber leído y comprendido el contenido del presente documento, la magnitud, alcance y posibles consecuencias, secuelas o molestias derivadas del procedimiento que me fue explicado por la odontóloga, en un vocabulario que es comprensible, aclarando dudas. En tales condiciones, **CONSIENTO** Que se me practiquen los procedimientos odontológicos necesarios y relacionados en este documento. Cementacion corona 25

Para constancia se firma en la ciudad de Sogamoso a los 19 (_____) días del mes de Septiembre del año 2024 (_____).

Jherson Moreno Salcedo
ODONTÓLOGO
UNIC QC

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 1053588040
CC. Nro. _____ de _____

Huella

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-16

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 561

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: 1054284873

Favor atender por nuestra cuenta a ALARCON JIMENEZ LAURA SOFIA identificado con el carne 19487748-E Hijo de ALARCON GARCIA JOSE ALVARO 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

x Laura Alarcon

Recibido a Satisfacción C.C. 1054284873

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: Laura Rivera — CONYUGE ☐ HIJO ☒ PADRE ☐ HERMANO ☐ — T.I. ☐ ER ☐ R ☐

EDAD 19 — SEXO M ☐ F ☒ — CEDULA: 1548774948-G — EXCLUSIVA: 1.054284973 DE — FAMILIAR DE:

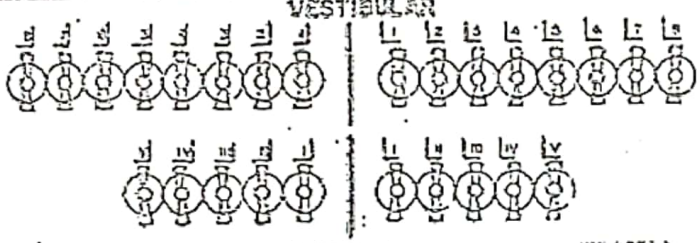
De Dr.: Carlos Nocera — Tipo de Servicio: odontologia — Clínica u Hospital:
A: Dr.: ortodoncia

SIGNOS CONVENCIONALES

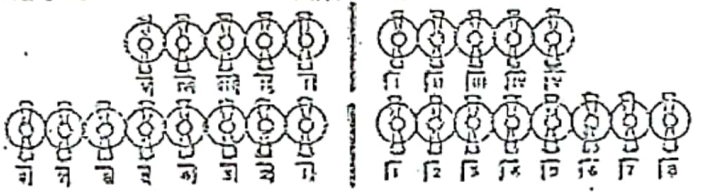
C	CARIES O RECIDIVA	ROJO
O	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
I	SIN ERUPCIONAR	AZUL
I	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
A	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

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

VESTIBULAR



DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

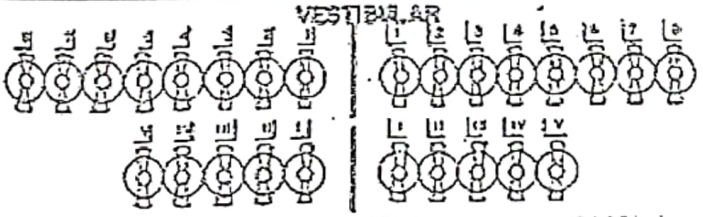


VESTIBULAR

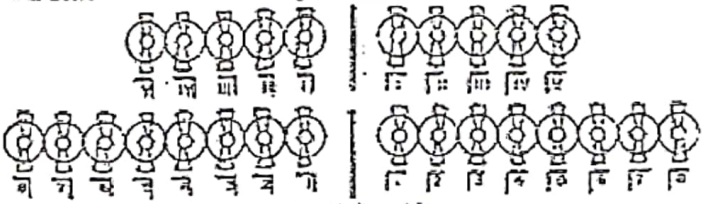
1 (4-2-15)

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

19487748 - E



Laura Sofia

Alarcón Jiménez

Id. N°. 1054284873 de Sogamoso - Bc

Fecha de Nacimiento:
04-03-2007

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.

Laura Sofia
Alarcón Jiménez
RH: O+

19487748 - E

Fecha de Expedición: 10-06-2021

SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1054284873**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
LAURA SOFIA ALARCON JIMENEZ		04/03/2007	12 años	Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Femenino
Dirección CAKLLE 11 # 12 - 40	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 07/06/2019
Teléfono Casa 3134130670	**Teléfono Celular** 3134130670	**Teléfono. Oficina** 3134130670		
EMail 000	**Ocupación** ESTUDIANTE	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: ALEXANDRA JIMENEZ	**Identificación** 46368038	**Teléfono** 3134130670		**Parentesco** Mama

Motivo de Consulta

Para ortodoncia.

Historia Enfermedad Actual

No hay.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
NO	

Antecedentes

Tipo	Observación
ND.	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

No retiere

Alergias

NO retiere.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

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

Dra. Laura M. O...
Esp. ... Postodoncia
... O.C.

Doctor

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica SAS

NOMBRE DEL PACIENTE: Jara Alarcon Jimenez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1054284873 **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
16-07-24		Se da Orden Para Rx Panoramica		

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-31

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 654

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
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

Angie K Hdgun.

Recibido a Satisfacción C.C. 1002759938

creada por: pmoreno

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 615

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
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

Médico/Odontólogo Asesor

Angie K Holguin

Recibido a Satisfacción C.C. 1007259938

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: Kevin Montañez

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

EDAD: 17 | SEXO: M ☒ F ☐ | CC/NIP: 1053353814 DE SOG | FAMILIAR DE: Sandra Londoño

Dr. Dr.: Carlos Nocuera
Al Dr.: Otro Sanitas

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						
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

1 (5-1-5)

FECHA	DIA	MES	AÑO	EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

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

PACIENTE: Kevin Montañez

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.I. ER R

EDAD 17 SEXO M F CC/NES: 1.058353511 DE

FAMILIAR DE:

De Dr. Erika Nocera

A: Dr. ODONTOLOGA

Tipo de Servicio

Clínica u Hospital

SIGNOS CONVENCIONALES

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

1) (4-3-15) 36
2) (4-3-27) 36
3) (4-3-27) 36

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnóstico:

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 Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Masculino
Dirección 0	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 11/07/2024
Teléfono Casa 3112869656	**Teléfono Celular** 0	**Teléfono. Oficina** 0		
EMail 0	**Ocupación** Estudiante	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: SANDRA CORREDOR	**Identificación** 46382451	**Teléfono** 3112869656		**Parentesco** 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 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

ODONTOLOGO
UNICOC
CC 1053588040

46382451.

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Kevin Montañez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1058353819 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 mordida cruzada posterior del lado izquierdo. Clase I Esqueletica - perfil Recto. que Requiere tratamiento de ortodoncia con una duracion aproximada de 18 meses	Dr. Jorge E. Laro De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	
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	Therson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
Contrato 2024 Cuota Inicial (Cantid 1-6)				
8-08-24	ortodo.	Consentimiento Brackets Superiores Arco 014 de ref. Se dan indicaciones y Recomendaciones de uso y cuidado	Dr. Jorge E. Laro De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	

Powered by CamScanner

OrtoSonria	**CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGIA GENERAL**

NOMBRES COMPLETOS:	**PRIMER APELLIDO:**	**SEGUNDO APELLIDO:**
Kevin Alejandro Montañez Corredor.	Montañez	Corredor.
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC( ) CE( ) OTRO( )	**NUMERO DE DOCUMENTO:**	1058353814
FECHA DE NACIMIENTO: 23 MAYO 2007	**EDAD:** 17	**TELEFONO:**
DIRECCION: Calle 1 # 11-91.	**TIPO DE ASEGURADOR:** SENA.	**NUMERO HISTORIA CLINICA:** 1058353814.

El (la) suscito (a), Kevin Alejandro Montañez 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: Yhersson Moreno, 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. Kevin 36

Para constancia se firma en la ciudad de Soacha a los 8 ( ) días del mes de Agosto del año 2024 ( ).

Yhersson Moreno Salcedo
ODONTOLOGO
UNICC
CC 1053588040

Angie Katherine Holguin

Firma del paciente o su responsable Legal y/o persona Responsable
CC. Nro. 1007354930 de _____
(Hermana).

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

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 939

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: 46386488

Favor atender por nuestra cuenta a HERNANDEZ VIANCHA MARIA SANDRA identificado con el carne 74371061-C Conyuge de GUSTAVO JIMENEZ SUANCHA 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.

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: Sandra Hernandez | CONYUGE [X] HIJO [ ] PADRE [ ] HERMANO [ ] T.C [ ] ER [ ] R [ ]

EDAD 39 | SEXO M [ ] F [X] | CEDULA: 79371061-C | FAMILIAR DE: Gustavo Jimenez

DX Dr. Carlos Narvaez | Tipo de Servicio: Odontologia | Clinica u Hospital:

At Dr. [illegible]

SIGNOS CONVENCIONALES

C	CARIES O RECIDIVA	ROJO
O	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

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA: D 14-2-15

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnostico: [illegible]

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner



74371061-C

Maria Sandra
Hernandez Viancha

Id. N°. 46386488 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento: 23/03/1985
RH: A+

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.

Maria Sandra
Hernandez Viancha
RH: A+

74371061-C

Fecha de Expedición: 08/11/2018

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **46386488**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
MARIA SANDRA HERNANDEZ VIANCHA		23/03/1985	34 años	Casado(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
CRA 12 55-20				04/06/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3124246234				
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	INDEPENDIENTE	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
GUSTAVO JIMENEZ	74371061	3112284828		Esposo(a)

Motivo de Consulta

"Vengo por revision del seno"

Historia Enfermedad Actual

Niega

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Niega	

Antecedentes

Tipo	Observación
Niega	

Hábitos

Tipo	Observación
Niega	
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Niega

Alergias

Niega.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

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

Doctor

Powered by CamScanner

EVOLUCION DE TRATAMIENTO

OrtoSonria

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
23-06-22	ENDO - MULTI 46	Anestesia troncular con lidocaina 2:1. #1, contorno cavidad aislo con tela de caucho Endodoncia, D: 21 mm lop 40 MV: 21 mm lop 30 ML: 20 mm lop 30 Instrumentacion rotatoria irrigo con hipoclorito de sodio 5.25 %. seco con puntas de papel conometria, Rx obturacion definitiva de conductos, Rx final #1, dep cottosol	Dra. Liliana Cristina Padrón Odontóloga Especialista Universidad Central de Venezuela R.M. 52065174	
25/06/22	Resina 46	Se realiza limpieza de cavidad de superficies se aplica acido, adhesivo y resina A2. Se da morfologia, se comprueba oclusion y se pule. Se dan instrucciones de cuidados		
24-09-24		Se entrega Rx P Orden para tomar Rx panoramica		
30/09/24	Desobtruccion. Diente 46	Paciente remitido para realizar desobturacion de diente 46 con fines protesicos. Se retira cemento y resina oclusal. se desobtura canales, se observa lineas de fractura distal que compromete cemento pulpar y conducto distal. Se informa y muestra el hallazgo a la paciente y se indica que el pronostico es malo y el tratamiento seguido es la exodoncia. Se sella cavidad con cemento temporal. Se remite para proceder		

Ortosonriaguarenas@gmail.com 77262641 / 12300098

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-20

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 911

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: 37213085

Favor atender por nuestra cuenta a ROLON DE PEREZ HILDA identificado con el carne 1177389 -C Conyuge de PEREZ TEJEDOR LUIS DE JESUS 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

37213085 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: Hida Lobo de Perez

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

EDAD 77 | SEXO M ☐ F ☒ | CC/NE: 1177389-C | DOCIDENT. 37.213.285 DE PUERTA | FAMILIAR DE: Luis De Jesús Perez

De Dr. Carlos Nocera
A: Dr. ORTODONCIA

Tipo de Servicio: Odontologia | Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA: 1 (4-7-15)

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnósticos:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **37213085**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
HILDA ROLON DE PEREZ		17/05/1973	46 años	Casado(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Masculino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
CRA 20 13 A 88				05/03/2020
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
	3128016098			
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	HOGAR	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
PEREZ ROLON CLAUDIA		3114446368		Hijo(a)

Motivo de Consulta

Vengo por tratamiento del Senci?.

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Teveten 600mg, Cardioaspirina.

Alergias

No es alergica.

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.

Irne A. Quiceno L.
Odontóloga
Universidad Autónoma de Manizales
TM 1016038245

Doctor

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Hilda Polo De Prera

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 37213085. FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		Se coloca una segunda capa de adhesivo, se realiza fotocurado, y se procede obturación en resina en diente 31 (V) realizado fotocurado esta capa y capa bajo de finalizar restauración por ultimo se realiza verificación de puntos de contacto oclusión y brillo de la restauración, indicando medidas higiene oral estilo de vida y la ruta de la sonrisa por los propios medios conjuntos y orientados		
26-09-24		Orden Rx panoramica		

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-10

vicio Médico Asistencial - SENA — Regional: BOYACA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 852

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: 1057980154

Favor atender por nuestra cuenta a GONZALEZ BENAVIDES NELSON SANTIAGO identificado con el carne 9523767-C Hijo de GONZALEZ ROA NELSON Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Segundo Pago	1	600000	600000

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

Adriana Benavides — Recibido a Satisfacción

46-373-875. — 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: Nelson Gonzalez

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

EDAD 17 | SEXO M ☒ F ☐ | CARNE: 9523767-C | DOCUMENTO: 1.057.980.701 DE | FAMILIAR DE:

De Dr. Erika Nocera

Al Dr. ortodoncia

Tipo de Servicio

Clínica u Hospital

SIGNOS CONVENCIONALES			FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN INICIAL	Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
●	CARIES O RECIDIVA	ROJO		VESTIBULAR	① 15-1-17
▲	OBTURADO	AZUL			
○	CORONA COMPLETA	AZUL			
=	PROTESIS EXISTENTE	AZUL			
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
↑	SIN ERUPCIONAR	AZUL			
↕	EXTRAIDA	AZUL			
☐	ENDODONCIA	ROJO		VESTIBULAR	
⊙	ORTODONCIA	AZUL	FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL	
Δ	CIRUGIA	ROJO		VESTIBULAR	
=	OTROS	ROJO		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
FECHA	DIA MES AÑO			VESTIBULAR	

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Powered by CamScanner

TOLIMA

9.523.767-C



Nelson Santiago
Gonzalez Benavides
NUIP. 1.057.980.154

28-01-2009
Fecha de Expedición

SERVICIO MÉDICO
ASISTENCIAL

Registraduría Nacional del Estado Civil

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **1057980154**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
NELSON SANTIAGO GONZALES BENAVIDES		23/08/2007	11 años	Soltero(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Masculino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
CAKKE 8 N 2-56				09/05/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3223285827				
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	ESTUDIANTE	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
NAYIBE CARDOZO PATIÑO	46366412	3214518507		Mama

Motivo de Consulta

TRATAMIENTO

Historia Enfermedad Actual

SUBSIGUIENTE CITA

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
NORMAL	NORMAL

Antecedentes

Tipo	Observación
NORMAL	NORMAL

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

NO REFIERE

Alergias

NO REFIERE

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

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

Dra Licet Rojas Hoy

Doctor ODONTOLOGA Colegio Odontologico REG: 85-204/13

Nayibe Cardozo P.

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Nelson Gonzalez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1057980154 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
23-8-24	Ortodoncia (3)	Se realiza cambio de ligadura alco sup e inf niti 18 paciente		
9-9-24	Ortodoncia (4)	Se realiza cambio de ligadura de 45. y de 25 y 23. alco sup cnf y niti 18		+ Santiago Ramos. Santiago Ramos
11-6-24	Ortodoncia (5)	Paciente ingresa se realiza cambio ligadura de 45 alco sup niti forro 0.18 inferior niti forro 0.18		Santiago Ramos.
10-8-24	Ortodoncia (6)	Paciente ingresa a cambio no presenta alco superior e inferior refiere ulcera el mismo. el alco. Se realiza separacion de 23. y 22. 44 - 45 alco niti 0.12 inferior superior niti 0.14. Mol ingresa despegada na segunda con fractura atratamiento por parte de paciente se explica accidente. Clinica. Segundo Pago (7-12)		Santiago Ramos.
27/09/24	ortodoncia (7)	Se realiza cambio Arco 0.018 N.T. TA Arco Inferior 0.012 N.T. TA Reparaciones de (35) paciente NO TRAE PLANO de MORDIDA	Ortodoncista Fernanda Camargo	Santiago Ramos

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-09-27

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 971

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: 24182672

Favor atender por nuestra cuenta a CASTRO TEJEDOR MARIA NELLY identificado con el carne 9512633-C Conyuge de VEGA PEREZ JOSE VICENTE 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. 24182672

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: Maria Nelly Cuervo

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.C. E.R. R.

EDAD 68 SEXO M F CARNET 9512633-C DOCUMENTO DE

FAMILIAR DE: Jose Vicente Vera.

De Dr. Carlos Narvaez

Tipo de Servicio odontologia

Clínica u Hospital

A: Dr. ortodoncia

SIGNOS CONVENCIONALES

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

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

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

1 C 4-2-15

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.0

Powered by CamScanner



9512633-C

Maria Nelly

Castro Tejedor

Id. N°. 24,182,672 de Topaga

Fecha de Nacimiento: 01-01-1956

RH: O+

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Maria Nelly

Castro Tejedor

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 **24182672**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
MARIA NELLY CASTRO TEJEDOR		01/01/1956	64 años	Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Femenino
Dirección CALLE 15 N 9-63	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 16/01/2020
Teléfono Casa 3142309561	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
EMail	**Ocupación** OFICIOS VARIOS	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: JOSE VICENTE VEGA PEREZ	**Identificación** 9512633	**Teléfono** 7705945		**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta

"He duele un diente y no me deja dormir"

Historia Enfermedad Actual

Paciente desdentada parcial y coronas.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Diabetes Tipo II - Hipertensión hipotiroidismo	

Antecedentes

Tipo	Observación
Ninguno	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

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.

Dra. Laura Avila Rincon
ODONTÓLOGA GENERAL
UNICOC
C.C. 1053616195

Doctor

CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SOGAMOSO

Dirección: CARRERA 10 No 12-60 centro parque villa; Teléfono: 7752641-3123006198

Powered by CamScanner

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Nelly Castro.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 9517633. **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
24-01-22		Paciente asiste a consulta control Paciente reporta que diente se le rompio Al examen intraoral presenta fractura de 44, resto radicular de 44. Dx: exodoncia indicada se realizo exodoncia simple de 44. Dx de 41 movilidad grado 1, se decide realizar exodoncia de 41. Se atiende PARTICULAR		
02-10-24		Se da Orden para tomar rx panoramica.		

Powered by CamScanner

Impreso: 2024-07-24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 614

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.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Cuota Inicial	1	700000	700000

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

angie katherine holguin

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: Ivana Montañez

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

EDAD 15 | SEXO M ☐ F ☒ | CC/NE: 4633245 1 - 6 | FOLIO: 1.05 7354651 DE 306 | FAMILIAR DE: Sandra Echeverri

De Dr. Paola Narvaez
A: Dr. ortodoncia

Tipo de Servicio: odontologo | Clínica u Hospital:

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

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

(1) 5 - 1 - 5

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

Dama Valentina. Montañez.
DI. 1058354659.

EVOLUCION DE TRATAMIENTO

OrtoSonria

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
25-07-24	ortodon	Paciente femenino, de 15 años de Edad. que presenta perfil recto. Clase I Esqueletica - Apinamiento Leve Superior e Inferior que Requiere de Tratamiento de ortodoncia por 18 meses, Se entrega orden para toma Paquete de Ortodoncia y Continuar tto ortodoncia	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.F.O. - T.P. 5380	Angie K Holguin
Contado 2024. Cuota Inicial/ Control (1-6)				
8-08-24 9:00 9:25	ortodon. (1)	Cementación Brackets Superiores pro olv de mti 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
12-09-24 2:30 2:45	ortodon. (2)	Cementación Brackets Inferiores pro 6to de mti Superior 0 14 de mti Inferior Cambio Ligas	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.F.O. - T.P. 5380	Diana Montañez

Powered by CamScanner