



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

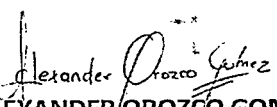
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 05 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Néstor de Jesús Méndez Méndez

C.C. 3.515.743

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

58 Palacio Municipal, Parque Principal, Ruta 5, Apartado 574600
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.515.743

MEÑEZ MEÑEZ

APELLIDOS

NESTOR DE JESUS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12 JUN 1951

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-SEP-1973 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00159679-M-0003615743-20090620

0012682044A 2 2680000568

De acuerdo a su solicitud se permite informar que se procede con agendamiento de cita:



Nombre	NESTOR DE JESUS MENDEZ MENDEZ		
Numero de documento	3615743	Telefónico	3136578908
Telefono alterno	3122896039	Email	

Información de citas

Fecha	Hora Inicio	Servicios	Tipo de Atención	Profesional	Sedes
martes, 5 de noviembre de 2024	04:00 PM	Ecocardiograma transtorácico (adulto)	Presencial	Virginia Yojana Ramos González	Rionegro (Carrera 42 # 56 39 Centro empresarial Savanna Plaza, piso 2, local 201)

Se estableció contacto telefónico con el señor Nestor (Paciente) al número 3136578908 a quien se le brinda información sobre la programación de su cita de Ecocardiograma transtorácico (adulto), el día martes, 5 de noviembre de 2024 a las 04:00 p.m., en la sede Rionegro (Carrera 42 # 56 39 Centro empresarial Savanna Plaza, piso 2, local 201) con la profesional Virginia Yojana Ramos González

Agradecemos sus observaciones, ya que nos permiten identificar los aspectos susceptibles de ajuste y la posibilidad de definir acciones de mejoramiento para nuestros servicios en beneficio de todos los usuarios

Finalmente, todo lo expuesto en este documento conllevó a la realización de un plan de mejora con el objetivo de continuar garantizando la prestación de servicios de salud a los afiliados, con calidad, seguridad, oportunidad y acceso. Plan de mejora que se adjunta en calidad de anexo.

	REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD					Resolución 003047 14 AGO 2008 																																																																	
	NUMERO INFORME: W93 281999		Fecha: Sep.04/2024	Hora: 16:22																																																																			
	I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Razón Social:</td> <td colspan="6">E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</td> </tr> <tr> <td>Código:</td> <td>057560239401</td> <td colspan="2"></td> <td>Nit:</td> <td colspan="2">890.980.003-5</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td colspan="6">CALLE 16 No 7-151</td> </tr> <tr> <td>Teléfono:</td> <td>8695050</td> <td colspan="2"></td> <td>Fax:</td> <td colspan="2">8695050</td> </tr> <tr> <td>Departamento:</td> <td>ANTIOQUIA</td> <td colspan="2"></td> <td>Código:</td> <td colspan="2">05</td> </tr> <tr> <td>Municipio:</td> <td>SONSON</td> <td colspan="2"></td> <td>Código:</td> <td colspan="2">756</td> </tr> <tr> <td>ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):</td> <td>NUEVA EPS CAPITA SUBSIDIADA</td> <td colspan="2"></td> <td>Código:</td> <td colspan="2">EPS037</td> </tr> </table>								Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS						Código:	057560239401			Nit:	890.980.003-5		Dirección:	CALLE 16 No 7-151						Teléfono:	8695050			Fax:	8695050		Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	05		Municipio:	SONSON			Código:	756		ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	NUEVA EPS CAPITA SUBSIDIADA			Código:	EPS037																
Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS																																																																						
Código:	057560239401			Nit:	890.980.003-5																																																																		
Dirección:	CALLE 16 No 7-151																																																																						
Teléfono:	8695050			Fax:	8695050																																																																		
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	05																																																																		
Municipio:	SONSON			Código:	756																																																																		
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	NUEVA EPS CAPITA SUBSIDIADA			Código:	EPS037																																																																		
II. DATOS DEL PACIENTE																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1er Apellido:</td> <td colspan="2">MENDEZ</td> <td style="width: 20%;">2do. Apellido:</td> <td colspan="2">MENDEZ</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>1er Nombre:</td> <td colspan="2">NESTOR</td> <td>2do. Nombre:</td> <td colspan="2">DE JESUS</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Tipo de Documento:</td> <td colspan="2">CEDULA</td> <td>No. Documento</td> <td colspan="2">3.615.743</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento:</td> <td>Jun.12/1951</td> <td>Edad:</td> <td>73 Años</td> <td>Sexo:</td> <td colspan="3">MASCULINO</td> </tr> <tr> <td>Dirección Residencia</td> <td colspan="3">CARRERA 3 12A 92</td> <td>Teléfono:</td> <td colspan="3">3133243669</td> </tr> <tr> <td>Departamento:</td> <td colspan="2">ANTIOQUIA</td> <td>Código:</td> <td colspan="2">05</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Municipio:</td> <td colspan="2">ANTIOQUIA</td> <td>Código:</td> <td colspan="2">756</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Cobertura en Salud:</td> <td colspan="2">SUBSIDIADO-2</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>								1er Apellido:	MENDEZ		2do. Apellido:	MENDEZ				1er Nombre:	NESTOR		2do. Nombre:	DE JESUS				Tipo de Documento:	CEDULA		No. Documento	3.615.743				Fecha de Nacimiento:	Jun.12/1951	Edad:	73 Años	Sexo:	MASCULINO			Dirección Residencia	CARRERA 3 12A 92			Teléfono:	3133243669			Departamento:	ANTIOQUIA		Código:	05				Municipio:	ANTIOQUIA		Código:	756				Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-2						
1er Apellido:	MENDEZ		2do. Apellido:	MENDEZ																																																																			
1er Nombre:	NESTOR		2do. Nombre:	DE JESUS																																																																			
Tipo de Documento:	CEDULA		No. Documento	3.615.743																																																																			
Fecha de Nacimiento:	Jun.12/1951	Edad:	73 Años	Sexo:	MASCULINO																																																																		
Dirección Residencia	CARRERA 3 12A 92			Teléfono:	3133243669																																																																		
Departamento:	ANTIOQUIA		Código:	05																																																																			
Municipio:	ANTIOQUIA		Código:	756																																																																			
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-2																																																																						
III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Origen de la atención:</td> <td colspan="2">ENFERMEDAD GENERAL</td> <td style="width: 20%;">Tipo de Servicios solicitados:</td> <td colspan="4">POSTERIOR A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS</td> </tr> <tr> <td>Prioridad de la atención:</td> <td colspan="2">PRIORITARIA</td> <td>Servicio:</td> <td colspan="4">MEDICA GENERAL</td> </tr> <tr> <td>Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:</td> <td colspan="2">URGENCIAS</td> <td>Cama:</td> <td colspan="4">SINASIU</td> </tr> <tr> <td>Manejo Integral Según Guía:</td> <td colspan="2">MEDICINA INTERNA</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>								Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL		Tipo de Servicios solicitados:	POSTERIOR A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS				Prioridad de la atención:	PRIORITARIA		Servicio:	MEDICA GENERAL				Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	URGENCIAS		Cama:	SINASIU				Manejo Integral Según Guía:	MEDICINA INTERNA																																						
Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL		Tipo de Servicios solicitados:	POSTERIOR A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS																																																																			
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA		Servicio:	MEDICA GENERAL																																																																			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	URGENCIAS		Cama:	SINASIU																																																																			
Manejo Integral Según Guía:	MEDICINA INTERNA																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Seq</th> <th>Codigo CUPS</th> <th>Cantidad</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>895001</td> <td>1</td> <td>MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>881202</td> <td>1</td> <td>ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>890266</td> <td>1</td> <td>CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA</td> </tr> </tbody> </table>								Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción	1	895001	1	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	2	881202	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	3	890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA																																																
Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción																																																																				
1	895001	1	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)																																																																				
2	881202	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO																																																																				
3	890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Justificación Clínica:</td> <td colspan="7"> PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL. SE TOMA EKG INMEDIATAMENTE, SE ENCUENTRA CON RITMO NO SINUSAL IRREGULAR, SE OBSERVAN ONDAS PR ANTES DE CADA COMPLETO QRS, PR DE 120 MS CONSTANTE SIN PROLOGANCIPN, QRS ESTRECO <90 MS, FRECUENCIA CARDIACA DE 80 LPM, QTC DE 398 MS, NO ELEVACION DEL ST, NI INVESTION DE LA ONDA. POR CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES SE CONSIDERA ANGINA DE PECHO YA DOCUMENTADA, HAY QUE DESCARTAR INFARTO SIN ELEVACION DEL ST. POSTERIOR A MANEJO, TIENE MEJORIA DEL DOLOR POSTERIOR AL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS, TROPONINA I NEGATIVA. SE DA SALIDA CON ORDEN PARA INGRESAR A RCV, HOLTER, ECOCARDIOGRAMA, MEDICINA INTERNA. SE LE ORDENA PARACLINICOS PARA INGRESAR A RCV. </td> </tr> <tr> <td>Diagnostico principal:</td> <td colspan="3">DOLOR PRECORDIAL</td> <td>Código CIE10:</td> <td colspan="3">R072</td> </tr> <tr> <td>Diagnostico relacionado 1:</td> <td colspan="3">HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</td> <td>Código CIE10:</td> <td colspan="3">I10X</td> </tr> <tr> <td>Diagnostico relacionado 2:</td> <td colspan="3">** NO PRESENTA **</td> <td>Código CIE10:</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>								Justificación Clínica:	PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL. SE TOMA EKG INMEDIATAMENTE, SE ENCUENTRA CON RITMO NO SINUSAL IRREGULAR, SE OBSERVAN ONDAS PR ANTES DE CADA COMPLETO QRS, PR DE 120 MS CONSTANTE SIN PROLOGANCIPN, QRS ESTRECO <90 MS, FRECUENCIA CARDIACA DE 80 LPM, QTC DE 398 MS, NO ELEVACION DEL ST, NI INVESTION DE LA ONDA. POR CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES SE CONSIDERA ANGINA DE PECHO YA DOCUMENTADA, HAY QUE DESCARTAR INFARTO SIN ELEVACION DEL ST. POSTERIOR A MANEJO, TIENE MEJORIA DEL DOLOR POSTERIOR AL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS, TROPONINA I NEGATIVA. SE DA SALIDA CON ORDEN PARA INGRESAR A RCV, HOLTER, ECOCARDIOGRAMA, MEDICINA INTERNA. SE LE ORDENA PARACLINICOS PARA INGRESAR A RCV.							Diagnostico principal:	DOLOR PRECORDIAL			Código CIE10:	R072			Diagnostico relacionado 1:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			Código CIE10:	I10X			Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:																																			
Justificación Clínica:	PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL. SE TOMA EKG INMEDIATAMENTE, SE ENCUENTRA CON RITMO NO SINUSAL IRREGULAR, SE OBSERVAN ONDAS PR ANTES DE CADA COMPLETO QRS, PR DE 120 MS CONSTANTE SIN PROLOGANCIPN, QRS ESTRECO <90 MS, FRECUENCIA CARDIACA DE 80 LPM, QTC DE 398 MS, NO ELEVACION DEL ST, NI INVESTION DE LA ONDA. POR CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES SE CONSIDERA ANGINA DE PECHO YA DOCUMENTADA, HAY QUE DESCARTAR INFARTO SIN ELEVACION DEL ST. POSTERIOR A MANEJO, TIENE MEJORIA DEL DOLOR POSTERIOR AL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS, TROPONINA I NEGATIVA. SE DA SALIDA CON ORDEN PARA INGRESAR A RCV, HOLTER, ECOCARDIOGRAMA, MEDICINA INTERNA. SE LE ORDENA PARACLINICOS PARA INGRESAR A RCV.																																																																						
Diagnostico principal:	DOLOR PRECORDIAL			Código CIE10:	R072																																																																		
Diagnostico relacionado 1:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			Código CIE10:	I10X																																																																		
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:																																																																			
IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre de quien reporta:</td> <td colspan="2">CANO GALLO JENNY SIRLEY</td> <td style="width: 20%;">Teléfono:</td> <td colspan="2">8695050</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Registro Medico:</td> <td colspan="2">RM1214721925</td> <td>Teléfono Celular:</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Cargo o Actividad:</td> <td colspan="2">MEDICO GENERAL</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma</td> </tr> </table>								Nombre de quien reporta:	CANO GALLO JENNY SIRLEY		Teléfono:	8695050				Registro Medico:	RM1214721925		Teléfono Celular:					Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL										Firma																																				
Nombre de quien reporta:	CANO GALLO JENNY SIRLEY		Teléfono:	8695050																																																																			
Registro Medico:	RM1214721925		Teléfono Celular:																																																																				
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL																																																																						
			Firma																																																																				

		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			
		Nit: 890.980.003-5			
HISTORIA CLINICA DE: EPICRISIS DE ATENCION DE URGENCIAS		Docto Ing:		X83	82523
		Fecha Ing:		Sep.04/2024	
Nombre:	MENDEZ MENDEZ NESTOR DE JESUS	Edad:	73 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3133243669	Estrato:	SUBSIDIADO-2		
Historia:	3615743	Id:	CC	3.615.743	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	13:28		
Entidad:	NUEVA EPS CAPITA SUBSIDIADA				

D A T O S D E I N G R E S O

ANAMNESIS

Datos de Llegada Del Paciente: Llego por sus propios medios?: SI, Por cual Medio: CAMINANDO, Estado de Llegada: CONSCIENTE, Estado de Embriaguez: NO.

En Caso De Accidente,Intoxicacion O Violencia: Sitio de ocurrencia: , Causa: , Se notifico a la policia: NO, Se notifico a la Familia: NO.

Motivo de Consulta: "ME DUELE EL PECHO"

Enfermedad Actual:

PACIENTE MASCULINO DE 73. AÑOS DE EDAD, QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE MEDIA DE HORA DE DOLOR OPRESIVO IRRADIADO A BRAZO IZQUIERDO.

PACIENTE EN HISTORIA CLINICA REFIERE QUE YA HA SIDO REMITIDO POR CUADRO DE ANGINA INESTABLE, PERO CON HALLAZGOS NEGATIVOS, Y BIOMARCADORES NEGATIVOS.
LE DEJARON CITA DE CONTROL PERO PACIENTE NO SE TOMA LOS MEDICAMENTOS, Y NO ASISTE A CONTROLES.

PATOLOGIAS: HIPERTENSO
QUIRURGICO:DE TIBIA IZQUIERDA CON MOS
ALERGIAS: NO REFIERE
TOXICOS: FUMADOR DE CIGARRILLO, DICE QUE UNO AL DIA.

Revision por Sistemas: NO REFIERE OTROS

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: NIEGA A MEDICAMENTOS. CARDIOVASCULARES: HTA ANGINA INESTABLE..
QUIRURGICOS: FRACTURA DE PIERNA DERECHA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Familiares: CANCER: NO. EPILEPSIA: NO. HIPERTENSION ARTERIAL: NO. DIABETES MELLITUS: NO

Psico-Sociales: CONSUMO TABACO: TABAQUISMO ACTIVO 3 CIGARRILLOS DÍA.. CONSUMO DE ALCOHOL: REGULARMENTE.

Examen Fisico:

Estado General:

AL EXAMEN FISICO ENCUENTRO PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, NO EN RANGO DE CRISIS, DEMÁS SIGNOSS DENTRO DE RANGOS DE NORMALIDAD. SE ENCUENTRA AFEBRIL, MUCOSAS HUMEDAS, NO DETERIORO NEUROLOGICO, NO SIGNOS DE OCALIZACIÓN, NO DISARTRIA, FUERZA DE LAS 4 EXTREMIDADES 5/5, SIN PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD, SOLO SE EVIDENCIA FRIALDAD AL TACTO DE AMBOS MIEMBROS SUPEIORES, NO EDEMA, NO ERITEMA.

Signos Vitales: Peso: 67.00 KG Kg, Talla: 165 Mts, IMC: 24,6, Clasificacion: Rango Normal, Riegos: Promedio, Pulso: 80 Xm, Frecuencia Cardiaca: 80 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 16, P.Sistolica: 170, P.Diastolica: 90, P.Arterial Media: 116,66, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL,. CABEZA: NORMAL,. OJOS: NORMAL,. OIDOS: NORMAL,. BOCA: NORMAL,. GARGANTA: NORMAL,. CUELLO: NORMAL,. TORAX: NORMAL,. SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,. SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,. ABDOMEN: NORMAL,. SIST.GENITOURINARIO: NORMAL,. TACTO RECTAL: NO EVALUADO. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Pagina: 1 de 4 Imprime: JSCG	Medico:	Firma
Fecha Sistema:04/09/2024 Hora:16:28:19	Cedula: Registro:	

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS				
	Nit: 890.980.003-5				
	HISTORIA CLINICA DE:		Docto Ing:	X83 82523	
EPICRISIS DE ATENCION DE URGENCIAS		Fecha Ing:	Sep.04/2024		
Nombre:	MENDEZ MENDEZ NESTOR DE JESUS	Edad:	73 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3133243669	Estrato:	SUBSIDIADO-2		
Historia:	3615743	Id:	CC	3.615.743	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	13:28		
Entidad:	NUEVA EPS CAPITA SUBSIDIADA				

Otros: NO PRESENTA

Concepto Medico:

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL. SE TOMA EKG INMEDIATAMENTE, SE ENCUENTRA CON RITMO NO SINUSAL IRREGULAR, SE OBSERVAN ONDAS PR ANTES DE CADA COMPLETO QRS, PR DE 120 MS CONSTANTE SIN PROLOGANCIPN, QRS ESTRECO <90 MS, FRECUENCIA CARDIACA DE 80 LPM, QTC DE 398 MS, NO ELEVACION DEL ST, NI IVNESTION DE LA ONDA.
 POR CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES SE CONSIDERA ANGINA DE PECHO YA DOCUMENTADA, HAY QUE DESCARTAR INFARTO SIN ELEVACION DEL ST. SE INGRESA PARA MANEJO SINTOMATICO, Y TOAM DE TROPONINAS.
 SE LE EXPLICA

Diagnostico: Dx.Principal: R072-DOLOR PRECORDIAL, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Dx.Muerte: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Observacion/Tratamiento: Dejar en observación?: NO, Fecha ingreso: Sep.00/0000, Hora ingreso: 00:00, Dejar en tratamiento?: SI, Cubiculo: ** NO EXISTE, Observaciones: .

Datos Salida del Paciente: Dar salida?: NO, Condicion salida del paciente: ** NO PRESENTA **, Destino del paciente: ** NO PRESENTA **, Motivo de salida/Egreso: ** NO PRESENTA **, Observaciones: .

P A R A C L I N I C O S

LABORATORIO

** NO PRESENTA **

OTROS

** NO PRESENTA **

E V O L U C I O N

Fecha: Sep.04/2024 Hora: 13:28 Nro Atencion: 80 Profesional: CANO GALLO JENNY SIRLEY Especialidad: MEDICA GENERAL

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL. SE TOMA EKG INMEDIATAMENTE, SE ENCUENTRA CON RITMO NO SINUSAL IRREGULAR, SE OBSERVAN ONDAS PR ANTES DE CADA COMPLETO QRS, PR DE 120 MS CONSTANTE SIN PROLOGANCIPN, QRS ESTRECO <90 MS, FRECUENCIA CARDIACA DE 80 LPM, QTC DE 398 MS, NO ELEVACION DEL ST, NI IVNESTION DE LA ONDA.
 POR CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES SE CONSIDERA ANGINA DE PECHO YA DOCUMENTADA, HAY QUE DESCARTAR INFARTO SIN ELEVACION DEL ST. SE INGRESA PARA MANEJO SINTOMATICO, Y TOAM DE TROPONINAS.
 SE LE EXPLICA

Fecha: Sep.04/2024 Hora: 16:22 Nro Atencion: 82 Profesional: CANO GALLO JENNY SIRLEY Especialidad: MEDICA GENERAL

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR PRECORDIAL. SE TOMA EKG INMEDIATAMENTE, SE ENCUENTRA CON RITMO NO SINUSAL IRREGULAR, SE OBSERVAN ONDAS PR ANTES DE CADA COMPLETO QRS, PR DE 120 MS CONSTANTE SIN PROLOGANCIPN, QRS ESTRECO <90 MS, FRECUENCIA CARDIACA DE 80 LPM, QTC DE 398 MS, NO ELEVACION DEL ST, NI IVNESTION DE LA ONDA.

Pagina: 2 de 4 Imprime: JSCG	Medico:	Firma
Fecha Sistema:04/09/2024 Hora:16:28:19	Cedula: Registro:	

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS				
	Nit: 890.980.003-5				
	HISTORIA CLINICA DE:		Docto Ing:	X83 82523	
EPICRISIS DE ATENCION DE URGENCIAS		Fecha Ing:	Sep.04/2024		
Nombre:	MENDEZ MENDEZ NESTOR DE JESUS	Edad:	73 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3133243669	Estrato:	SUBSIDIADO-2		
Historia:	3615743	Id:	CC	3.615.743	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	13:28		
Entidad:	NUEVA EPS CAPITA SUBSIDIADA				

POR CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES SE CONSIDERA ANGINA DE PECHO YA DOCUMENTADA, HAY QUE DESCARTAR INFARTO SIN ELEVACIÓN DEL ST. POSTERIOR A MANEJO, TIENE MEJORIA DEL DOLOR POSTERIOR AL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS, TROPONINA I NEGATIVA. SE DA SALIDA CON ORDEN PARA INGRESAR A RCV, HOLTER, ECOCARDIOGRAMA, MEDICINA INTERNA. SE LE ORDENA PARACLINICOS PARA INGRESAR A RCV.

D A T O S D E E G R E S O

Diagnostico: Dx.Principal: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Dx.Muerte: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: ** NO EXISTE, Pronostivo: ** NO PRESENTA **, Obs del Dx: .

Datos Salida del Paciente: Dar salida?: NO, Condicion salida del paciente: ** NO PRESENTA **, Destino del paciente: ** NO PRESENTA **, Motivo de salida/Egreso: ** NO PRESENTA **, Observaciones: .

C O N D U C T A S

Fecha: Sep.04/2024 Hora: 13:28 Profesional: CANO GALLO JENNY SIRLEY Especialidad: MEDICA GENERAL

ORDENES MEDICAS - W61 206268 - Sep.04/2024

1. PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES: ELECTROCARDIOGRAMA ,Cantidad:1 ,Via:NO APLICA ,Obs:.
2. ORDEN DE LABORATORIO: TROPONINA I CUANTITATIVA ,Cantidad:1 ,Obs:.
3. MEDICAMENTOS POS: TRAMADOL 50 MG / ML - Inyectable ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:PASAR ELNTO EN 500 CC DE SOLUCION SALINA
4. MEDICAMENTOS POS: SOLUCION SALINA 500 CC - UNIDAD ,Cantidad:1 ,Via:ENDOVENOSA ,Dosis:PARA PASAR IV
5. MEDICAMENTOS POS: ISOSORBIDE DINITRATO 10 MG - Tableta ,Cantidad:1 ,Via:ORAL ,Dosis:DAR VIA ORAL DOSIS UNICA

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 281993 - Sep.04/2024

1. TROPONINA I CUANTITATIVA,Cantidad: 1

Fecha: Sep.04/2024 Hora: 16:22 Profesional: CANO GALLO JENNY SIRLEY Especialidad: MEDICA GENERAL

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 657890 - Sep.04/2024

1. ACETAMINOFEN 500 MGS - Tableta, Via:NO APLICA, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 2 TABLETAS CADA 8 HORAS SI HAY DOLOR.
 2. LOSARTAN 50 MG - Tabletas, Via:ORAL, Cantidad:60, Dosis:TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 30 DIAS.
- Observaciones: 1 MES

ORDEN DE LABORATORIO - W05 166670 - Sep.04/2024

1. HTA COLESTEROL HDL -, Cantidad:1, Obs:.
2. HTA COLESTEROL TOTAL -, Cantidad:1, Obs:.
3. HTA CREATININA -, Cantidad:1, Obs:.
4. HTA GLICEMIA -, Cantidad:1, Obs:.
5. HTA PARCIAL DE ORINA -, Cantidad:1, Obs:.
6. HTA TRIGLICERIDOS -, Cantidad:1, Obs:.

Pagina: 3 de 4 Imprime: JSCG	Medico:	Firma
Fecha Sistema:04/09/2024 Hora:16:28:19	Cedula: Registro:	

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS				
	Nit: 890.980.003-5				
	HISTORIA CLINICA DE: EPICRISIS DE ATENCION DE URGENCIAS		Docto Ing:	X83 82523	
		Fecha Ing:	Sep.04/2024		
Nombre:	MEÑDEZ MEÑDEZ NESTOR DE JESUS	Edad:	73 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3133243669	Estrato:	SUBSIDIADO-2		
Historia:	3615743	Id:	CC	3.615.743	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	13:28		
Entidad:	NUEVA EPS CAPITA SUBSIDIADA				

ORDENES MEDICAS - W61 206275 - Sep.04/2024

1. DAR SALIDA AL PACIENTE: Fecha: Sep.04/2024 Hora: 16:22 Condicion: VIVO, Destino: DOMICILIO, UCI: ,
Motivo: ALTA TERAPEUTICA

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 281999 - Sep.04/2024

1. MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER),Cantidad: 1
2. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO,Cantidad: 1
3. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA,Cantidad: 1

BOLETA DE SALIDA - X94 83405 - Sep.04/2024

ALTA

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha: Sep.04/2024 Hora: 14:28 Profesional: BETANCUR DAVILA MARIA DENIS

ENFERMERIA - NOTAS DE ENFERMERIA - W64 252851

1. INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PACIENTE DE 73 AÑOS POR PRESENTAR: QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE MEDIA DE HORA DE DOLOR OPRESIVO IRRADIADO A BRAZO IZQUIERDO.
LUEGO DE SU VALORACION POR TRIAGE, SE UBICA EN CAMILLA PARA MANEJO DE SU CUADRO CLINICO.

PACIENTE EN HISTORIA CLINICA REFIERE QUE YA HA SIDO REMITIDO POR CUADRO DE ANGINA INESTABLE, PERO CON HALLAZGOS NEGATIVOS, Y BIOMARCADORES NEGATIVOS.

LE DEJARON CITA DE CONTROL PERO PACIENTE NO SE TOMA LOS MEDICAMENTOS, Y NO ASISTE A CONTROLES.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:HIPERTENSO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: DE TIBIA IZQUIERDA CON MOS

ANTECEDENTES ALERGICOS: NIEGA

ANTECEDENTES TÓXICOS: NIEGA

AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO,

PARA CUMPLIR ORDENES MÉDICAS Y CON ADECUADAS TÉCNICAS ASEPTICAS Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN DE VENA CON CATETER 20 AL INTENTO NÚMERO 1 A NIVEL DE DORSO MANO DERECHA SE TOMA EXÁMENES DE LABORATORIO Y SE INSTALA TRATAMIENTO ORDENADO TRAMADOL 50 MGRS IV 500 CC SSN - 1 TAB ISORDIL V.O QUEDA CON ACCESO VENOSO SIN SIGNOS DE EXTRAVASACIÓN.

SE DEJA PACIENTE UBICADO EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS A ESPERA DE DEFINIR CONDUCTA MÉDICA DESPUES DEL TRATAMIENTO.

MEDICA ORDENA EKG SE CUMPLE ORDEN MEDICA

Pagina: 4 de 4 Imprime: JSCG	Medico:	Firma
Fecha Sistema:04/09/2024 Hora:16:28:19	Cedula: Registro:	



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 06 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: María Gabriela Londoño Hurtado

C.C. 22.100.774

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N.º 2-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.100.774**

LONDONO HURTADO

APELLIDOS
MARIA GABRIELA

NOMBRES

Maria Gabriela Hurtado

FECHA DE EMISION



FECHA DE NACIMIENTO: **30-ENE-1958**

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **O+** **F**

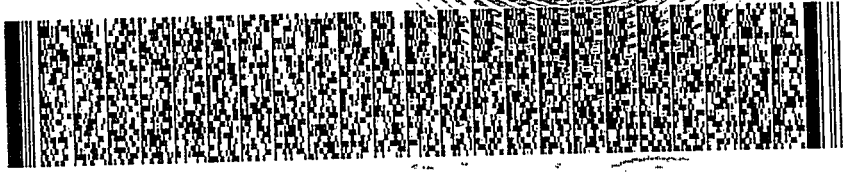
ESTATURA - G.S. RH SEXO

29-SEP-1976 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0126200-00201441-F-0022100774-20091203 0018596367A 2 2460002254

DE. ESTADO CIVIL

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 26836415	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-09-30 HORA: 10:08	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				EPSS40	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	
INSTITUTO DEL CORAZON RIONEGRO				NI	
Código		056150001203		Teléfono 1	
Correo				Teléfono 2	
Dirección					
Calle 42 # 56 - 39 Piso 2 Local 201 Centro Empresarial Savanna					
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
				RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
LONDOÑO		HURTADO		MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación		CC		Número documento de identificación	
				22100774	
Fecha de nacimiento				1958-01-30	
Dirección de Residencia Habitual		CRA 10 4 7		Teléfono	
				6040001000	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
				SONSON	
Teléfono celular		3117320500		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio Medicina General (Consulta Ext)					Diagnostico Principal
					H919 - Hipoacusia no especificada
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
893805		1		ESPIROMETRIA CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	
Observación					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		21508296		Fecha	
				2024-09-25	
				Hora	
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				834	
				Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	
Copago		Exento cobro		Porcentaje %	
				0.00	
				0.00 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza				Cargo o actividad	
fquintel (FLOR NATALI QUINTERO LONDONO)				AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas				La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS				018000423683	

Rionegro
6043207240



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO INFORME:

W93
284482

Fecha:

Sep.24/2024

Hora:

16:20

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Código: 057560239401

Nit: 890.980.003-5

Dirección: CALLE 16 No 7-151

Teléfono: 8695050

Fax: 8695050

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA
(PAGADOR):

SAVIA SALUD AUTORIZACIONES EVE

Código: EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: LONDOÑO

2do. Apellido: HURTADO

1er Nombre: MARIA

2do. Nombre: GABRIELA

Tipo de Documento: CEDULA

No. Documento: 22.100.774

Fecha de Nacimiento: Ene.30/1958

Edad: 66 Años

Sexo: FEMENINO

Dirección Residencia: AVENIDA EL ROBLE

Teléfono: 3117320500

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-1

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Servicios
solicitados: SERVICIOS ELECTIVOS

Prioridad de la atención: NO PRIORITARIA

Servicio: MEDICA GENERAL

Ubicación del paciente al momento de
la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Cama:

Manejo Integral Según Guía:

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890282	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTORRINOLARINGOLOGIA
2	441302	1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON BIOPSIA
3	893805	1	ESPIROMETRIA PRE Y POST BRONCODILATADORES
4	903839	1	GASES ARTERIALES

Justificación Clínica:

Paciente de 66 años de edad

Problemas

1-HTA controlada para su edad , TFG disminuida ultima cr 1.7 mg/dl TFG 53 ml/mi definir necesidad de estaficacion

2-Hipotiroidismo en suplencia con TSH en metas

3-Hipoacusia de oído izquierdo sin tapon de cerumen requiere valoración por Otorrino

4-Paciente con síntomas de dispsia y bolus faríngeo se solicita EVDA

5-Antecedente de combustión de leña con disnea hipoventilación pulmonar , saO2 ambiente de 86% coloración violácea distal se solicita

estadificación pulmonar

Se favorecería de seguimiento presencial

Diagnostico principal: HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA

Código CIE10: H919

Diagnostico relacionado 1: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

Código CIE10: J449

Diagnostico relacionado 2: ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ESOFAGITIS

Código CIE10: K210

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: RINCON MARIN VALENTINA

Teléfono: 8695050

Registro Medico:

Teléfono Celular:

Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL

Firma

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756333104700021009

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA GABRIELA

Apellidos: LONDOÑO HURTADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22100774

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

07/09/2022

Última actualización ciudadano:

07/09/2022

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín - Sonsón

FECHA: 06 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Luis Alberto Valencia Cardona C.C. 1.020.438.321
Verónica Ramos Marín C.C. 1.007.324.555

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Oficina: 58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz Zapata"
Teléfono: 57(4)8694444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.020.438.321

VALENCIA CARDONA

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES

Luis Alberto
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1991

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

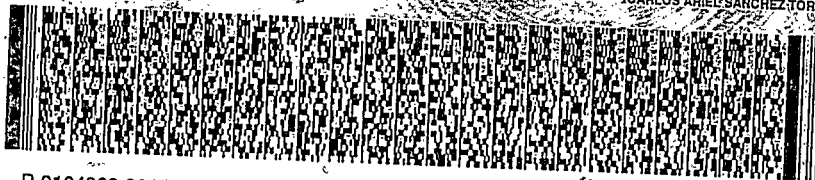
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

14-FEB-2009 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0104900-00158587-M-1020438321-20090605

0012172858A 1

27402651

16

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1999

NARIÑO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

16-MAR-2017 NARIÑO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0119000-00892283-F-1007324555-20170329 0054656518A 1 47842197

REPUBLICA DE COLOMBIA
ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.324.555

RAMOS MARIN
APELLIDOS

VERONICA
NOMBRES

Veronica Ramos M.
FIRMA





IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1020438321	
Paciente: LUIS ALBERTO VALENCIA CARDONA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/01/1991	
Edad y género: 33 Años, Masculino	
Identificador único: 345514-1	Financiador: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

Página 1 de 2

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 26/09/2024 19:58 - Ubicación: QUINTO PISO

Descripción operatoria - UROLOGIA

Acto quirúrgico: 91575 Fecha del acto: 26/09/2024 18:41 Tipo de cirugía: Cirugía electiva

Consentimiento informado: Si requiere Lo tiene

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - N200 - CALCULO DEL RIÑÓN (Previo, Posterior, Primario).

Hallazgos: CALCULO DE 5 MM IMPACTADO EN URETER DISTAL DERECHO
DOS PEQUEÑOS CALCULOS INTREARRENALES DERECHOS

Anestesia
Tipo de anestesia: General

Procedimientos realizados: 592401A - LITOTRIZIA (FRAGMENTACIÓN) INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS EN VÍA URINARIA (Ureterolitotomía flexible laser), Principal Si, Vía A, Región Topográfica Area Genital, Clase de Herida Limpia.

Descripción operatoria: PASE DE URETEROSCOPIO RIGIDO, SE INTRODUCE EQUIPO CON GUIA SENSOR, SE PASA POR MEATO URETERAL IZQUIERDO, SE REINTRODUCE EQUIPO CON PASO DE GUIA ZEBRA, PASO DE FIBRA LASER, FRAGMENTACION COMPLETA DE LITO DISTAL. PASO DE CAMISA URETERAL CORTA, PASO DE URETEROSCOPIO FLEXIBLE, SE IDENTIFICA CALCULOS DESCRITOS, PASO DE FIBRA LASER, FRAGMENTACION COMPLETA DE LITOS, PASO DE CANASTILLA, EXTRACCION COMPLETA DE LITOS, SOBRE UNA DE LAS GUIAS SE PASA CATETER DOBLE J, NO COMPLICACIONES. EVACUACION VESICAL.

CON AYUDANTÍA QUIRÚRGICA DRA. CAMILA MARIÑO RAMÍREZ. CC 1152471819

Pérdida sanguínea: No
Profilaxis: Si Observaciones de la profilaxis: CEFAZOLINA 2 GR
Complicación: No

Muestra para patología: No.

Recuento de compresas: No aplica

PLAN DE MANEJO

Plan de manejo: ALTA
ANALEGSIA
ANTIBIÓTICO
ORDEN DE RETIRO CATETER JJ

Firmado por: CAMILO ERNESTO PAREJA TORO, UROLOGIA, Registro 5-0090-97, el 26/09/2024 19:59

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - MEDICAMENTOS
26/09/2024 20:01
ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA
1 TABLETA, Oral, Cada 8 horas, por 5 días.

Ambulatoria/Externa - MEDICAMENTOS
26/09/2024 20:01
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 mg TABLETA
1 TABLETA, Oral, Cada 8 horas, por 5 días

Ambulatoria/Externa - MEDICAMENTOS
Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 26/09/2024 21:47:57



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1020438321	
Paciente: LUIS ALBERTO VALENCIA CARDONA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/01/1991	
Edad y género: 33 Años, Masculino	
Identificador único: 345514-1	Financiador: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

Página 1 de 2

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 26/09/2024 20:05 - Ubicación: QUINTO PISO

Egreso clínico - UROLOGIA

INFORMACIÓN DEL EGRESO

Causa de egreso: SALIDA POR ORDEN MEDICA

EXAMEN FÍSICO

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 85

Examen Físico:

Aspecto general

Aspecto general : Normal

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de egreso - N200 - CALCULO DEL RIÑON, Fecha de diagnóstico: 23/09/2024, Edad al diagnóstico: 33 Años.

Resumen de la atención: Paciente a quien se le realiza urterolitotomía flexible laser, se da de alta con analgesia, antibiotico, signos de alarma y recomendaciones. FAVOR AUTORIZAR PRIORITARIO PARA CLINICA SOMA. UNA VEZ TENGA ORDEN PARA RETIRO DE CATETER AUTORIZADA LLAMAR AL TELEFONO 3167420310 (DR CAMILO PAREJA) PARA SER AGENDADO.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Plan de manejo: Paciente a quien se le realiza urterolitotomía flexible laser, se da de alta con analgesia, antibiotico, signos de alarma y recomendaciones. FAVOR AUTORIZAR PRIORITARIO PARA CLINICA SOMA. UNA VEZ TENGA ORDEN PARA RETIRO DE CATETER AUTORIZADA LLAMAR AL TELEFONO 3167420310 (DR CAMILO PAREJA) PARA SER AGENDADO.

Destino del paciente: Otra Cuál: CASA

RECOMENDACIONES DE EGRESO

Signos de alarma: DESPUES DE ESTE PROCEDIMIENTO ES NORMAL SENTIR ARDOR PARA ORINAR, ORINAR FRECUENTEMENTE Y QUE LA ORIA TENGA UN POCO DE SANGRE YA QUE DURANTE EL PROCEDIMEINTO SE DEBEN INTRODUCIR VARIOS INSTRUMENTOS POR URETRA (CONDUCTO POR EL QUE SALE LA ORINA).

EN CASO DE QUE USTED TENGA UN CATETER DOBLE J ES NORMAL SENTIR: ARDOR PARA ORINAR, GANAS FRECUENTES DE ORINAR, QUEDAR CON GANAS DESPUES DE ORINAR, SANGRE EN ORINA, DOLOR "BAJITO" Y UN DOLOR EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA AL TERMINAR DE ORINAR. ESTOS SÍNTOMAS NO DEBEN CAUSAR ALARMA, SON OCASIONADOS POR EL DOBLE J Y MEJORARAN CUANDO ESTE SE RETIRE.

SI USTED TIENE HILOS QUE SALEN POR LA URETRA (CONDUCTO POR EL QUE SALE LA ORINA) NO DEBE CORTARLOS NI HALARLOS. LOS HILOS DEBEN ESTAR PEGADOS CON MICROPORO A LA PIEL SIN QUEDAR TENSIONADOS.

USTED DEBE DE ESTAR ATENTO A VARIAS SITUACIONES A LAS QUE SI DEBE DAR IMPORTANCIA Y REQUIEREN UNA PRONTA CONSULTA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS YA QUE IGNORARLAS PODRIA TRAER SERIOS PROBLEMAS PARA SU SALUD. ESTAS SON:

1. FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS.
2. DOLOR MUY INTENSO QUE NO MEJORE CON LOS MEDICAMENTOS.
3. MUCHO VÓMITO QUE LE IMPIDA TOMAR LOS MEDICAMENTOS.
4. SANGRADO MUY ABUNDANTE POR LA ORINA Y CON COAGULOS.

¡UN CATETER DOBLE J NO DÉBE DE PERMANECER POR MAS DE 3 MESES !. DEBE DE SER RETIRADO ANTES DE ESTE

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 26/09/2024 21:48:34



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1020438321	
Paciente: LUIS ALBERTO VALENCIA CARDONA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/01/1991	
Edad y género: 33 Años, Masculino	
Identificador único: 345514-1	Financiador: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

Página 1 de 1

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 26/09/2024 20:04 - Ubicación: QUINTO PISO

Certificado de incapacidad - UROLOGIA

Información del prestador de servicios de salud

Razón social: SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA S. A SOMA NIT: 890903777 Código del prestador de servicios de salud: 050010210101

Entidad promotora de salud: ALIANZA

Lugar de expedición: MEDELLIN Fecha de expedición: 26/09/2024.

Información del paciente

Nombre del afiliado: LUIS ALBERTO VALENCIA CARDONA Tipo de documento: CC Número de documento: 1020438321

Grupo de servicios: Quirúrgico Modalidad de la prestación del servicio: Intramural

Diagnóstico principal: N200 - CALCULO DEL RIÑON

Presunto origen de la incapacidad: Común

Fecha de inicio de la incapacidad: 23/09/2024 Fecha de terminación de la incapacidad: 05/10/2024 Días de incapacidad: 13 Prórroga: No.

Firmado por: CAMILO ERNESTO PAREJA TORO, UROLOGIA, Registro 5-0090-97, el 26/09/2024 20:04

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 26831680	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-09-30	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 06:38	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA SA SOMA				NI	890903777
Código	050010210101		Telefono 1	6045768400	
Correo	csavia@soma.com.co		Telefono 2		
Dirección					
Calle 51 # 45 - 83					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
VALENCIA		CARDONA	LUIS	ALBERTO	
1er Apellido		2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	1020438321	Fecha de nacimiento	1991-01-13
Dirección de Residencia Habitual		vereda la mina		Telefono	6042965151
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	ARGELIA	
Telefono celular	3144628437	Correo electrónico	luisalbertolavc15@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					
Servicio	Urología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	N200 - Calculo del riñon	
Cama					
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
981905	1	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE URETRA			
Observación anexo d e26 09 2024					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		21534017	Fecha	2024-09-27	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				108	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	Exento cobro	0.00		0.00 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mcarango (MARTA CILENA ARANGO GOMEZ)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

23/11/2024

05055108482000000026

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS ALBERTO

Apellidos: VALENCIA CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1020438321

Municipio: Argelia

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

27/05/2020

Última actualización ciudadano:

27/05/2020

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

AIDA LUZ GUTIERREZ TABARES

Dirección:

Carrera 30 No 30 - 20

Teléfono:

8650077 Extensión 18 - 3108828385

Correo Electrónico:

sisben@argelia-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 08 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Nohelia Cortes Gallego C.C. 43.460.725

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Calle 58 No. 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

	INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN	CODIGO:100.22.15
		FECHA ACTUALIZACION: Resolución 032 de marzo 15 de 2016
		Versión 01
		Página 2 de 13

2.1. PRÓRROGAS	
Contrato adicional No:	Tiempo (días calendario)
1	N/A
2	N/A
Fecha de terminación del contrato de acuerdo con la prórroga:	Fecha: Día: Mes: Año:

2.2. ADICIONES	
Contrato adicional No:	Valor (\$):
1	N/A
2	N/A
Valor total del contrato:	Valor suscrito en números (\$):

2.3. SUSPENSIONES	
Fecha de Suspensión:	Tiempo (días calendario)
1 Día: Mes: Año	N/A
2 Día: Mes: Año	N/A

2.4. REANUDACIONES	
Fecha reanudación:	Plazo pendiente para ejecutar (días calendario):
1 Día: Mes: Año	N/A
2 Día: Mes: Año	N/A

3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
1. Valor Total Contrato:	18.000.000

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.460.725

CORTES GALLEGO

APELLIDOS

NOHELIA

NOMBRES

Nohelia Cortes Gallego

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1970

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

27-MAY-1995 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00210156-F-0043460725-20100122

0020212180A 1

2670506789

SOLICITUD DE EXÁMENES
MASTOLOGIA

Nº Historia: 43460725

Nº Folio: 30

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NOHELIA CORTES GALLEGO

Identificación: 43460725

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 15/enero/1970 Edad Actual: 54 Años / 5 Meses / 23 Días

Estado Civil: Casado

DATOS DEL INGRESO

Entidad: UNION TEMPORAL CONCIENCIA ROSA - RED ONCOLÓGICA DE ANTIOQUIA

Cama:

Plan Beneficios: "UT CONCIENCIA ROSA - ROA" - RUTA CA DE MAMA SAVIA SALUD EPS (SUBSIDIADO)

Nº Ingreso: 6136918

Fecha: 09/07/2024 07:26

Diagnostico Folio: C509 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA

Fecha Solicitud: 09/07/2024 07:36

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	41250203	ECOGRAFIAS OBSTETRICAS		
CODIGO	DESCRIPCION	CANT	ESTADO	Observaciones		
881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	1	Rutinario	En 4 meses, control ca de mama, sangrado vaginal Irregular		
Total Items:					1	

RODRIGEZ GALLEGU JORGE ALEXANDER Tarjeta Profesional 1541-00.
MASTOLOGIA

! LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

HISTORIA CLÍNICA

INFORME QUIRURGICO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Nº Historia Clínica:	43460725		
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE			
Identificación:	43460725	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		
Fecha Nacimiento:	15/01/1970	Edad Actual:	54 Años / 3 Meses / 14 Días
Estado Civil:	Casado	Edad en la Atención:	54 Años / 3 Meses / 14 Días
Ocupación:	AMA DE CASA	Procedencia:	SONSON
Dirección:	01	Teléfono:	3223334836
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S		
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE			
Nombre:	JUAN ESCOBAR	Parentesco:	HIJO
Dirección:		Teléfono:	3223334836
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Folio N°:	12	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39
Nº Ingreso:	5980271	Fecha Ingreso:	30/04/2024 6:53
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General
INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO			
Cirugía de trasplante de órganos:	No	Fecha y hora de inicio:	30/04/2024 16:22
		Fecha y hora finalización:	30/04/2024 17:24
Tipo anestesia:			
General			
INTERVENCIÓN PRACTICADA			
cuadrante de mama izquierda mas colgajo local de vecindad de 5 a 10cm			
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA Y DE PROCEDIMIENTOS			
Incisión en semiluna, mama izquierda, disección del cuadrante en bloque guiado por el arpón, se reseca hasta la fascia, se marca y se envía a patología, se disecan colgajos, para cubrimiento total del defecto, se insertan clip en el lecho quirúrgico, se infiltra con marcaina, y se afrontan nuevamente los colgajos, cierre por planos, no complicaciones.			
HALLAZGOS OPERATORIOS			
Tumor en mama izquierda entre 8 y 9 del reloj, marcada con arpón. Biopsia previa de carcinoma papilar encapsulado.			
¿Se implantó tejido osteomuscular?:			
TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMÍA PATOLÓGICA			
¿Tejidos enviados a anatomía patológica? Si			
¿Cual(es)?			
cuadrante mama izquierda marcado			
COMPLICACIONES			
¿Complicaciones? No			
CLASIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA			
¿Clasificación de la cirugía? Limpia contaminada			
PROFILAXIS ANTIOTIOTICA			
¿Profilaxis antiotiotica? Si			
Tipo paciente			
Adulto			
Antibiótico adultos:			
Cefazolina 2 g (3 g para pacientes con peso mayor a 120 kg)			
Refuerzo profilaxis?			
No			

Folio N°:	12	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39
N° Ingreso:	5980271	Fecha Ingreso:	30/04/2024
Identificación:	43460725	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		

MEDICAMENTOS EXTERNOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN TAB 500MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 6 Hora(s) durante 10 Dia(s) - tomar una cada 6 horas por 10 días
40 tabletas

NAPROXENO TAB 250MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 8 Hora(s) durante 10 Dia(s) - tomar una cada 8 horas por 10 días
30 tabletas

INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 días y seguir recomendaciones dadas Cita control mastologia en 21 días para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad reposo por 20 días Hielo local cubierto en toalla los 2 primeros días Deambulacion temprana No restricciones de dieta Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono 3126932845 En caso de fiebre, sangrado intenso, salida de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar inicialmente a los numeros previamente anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion Leer las las instrucciones antes de la salida En una semana asisitir a la unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.

Posología: INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA

No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 días y seguir recomendaciones dadas

Cita control mastologia en 21 días para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad reposo por 20 días

Hielo local cubierto en toalla los 2 primeros días

Deambulacion temprana

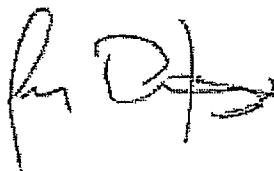
No restricciones de dieta

Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono 3126932845

En caso de fiebre, sangrado intenso, salida de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar inicialmente a los numeros previamente anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion

Leer las las instrucciones antes de la salida

En una semana asisitir a la unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.



RODRIGEZ GALLEGO JORGE ALEXANDER

Tarjeta Profesional: 1541-00

Especialidad: GINECOLOGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]



SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.

NIT: 890939936

Calle 38 No. 54 A - 35 - Rionegro, Antioquia

Teléfono(s): 569 9999 - 6052626

PLAN DE MANEJO Y/O FORMULA MEDICA

Nº Historia Clínica:	43460725	Nº Folio:	12	Fecha Folio :	30/04/2024 05:39 p. m.	
DATOS PERSONALES						
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		Identificación:	43460725	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento:	15/enero/1970		Estado Civil:	Casado		
Dirección:	VEREDA MARMATO		Teléfono:	3223334836		
DATOS DE AFILIACIÓN						
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S					
Plan Beneficios:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S (SUBSIDIADO)					
DIAGNOSTICOS:						
Codigo	Principal					
C509	Si					

INDICACIONES A PACIENTE PLAN DE MANEJO EXTERNO	
Observación	Cantidad
INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 dias y seguir recomendaciones dadas Cita control mastologia en 21 dias para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad reposo por 20 dias Hielo local cubierto en toalla los 2 primeros dias Deambulacion temprana No restricciones de dieta Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono 3126932845 En caso de fiebre, sangrado intenso, salida de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar inicialmente a los numeros previamente anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion Leer las las instrucciones antes de la salida En una semana asisitir a la unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.	1
Total Ítems: 1	

RODRIGEZ GALLEGO JORGE
ALEXANDER
Tarjeta Profesional: 1541-00

Fecha de consulta:

Registro válido

03/04/2025

Ficha:

05756009481200000065

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NOHELIA

Apellidos: CORTES GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43460725

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

08/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

FECHA: 09 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Rosario Aurora Bedoya Carmona C.C. 43.380.767

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Calle 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.380.767

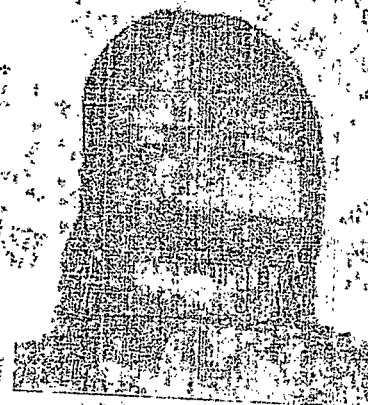
BEDOYA CARMONA

APELLIDOS

ROSARIO AURORA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1965

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

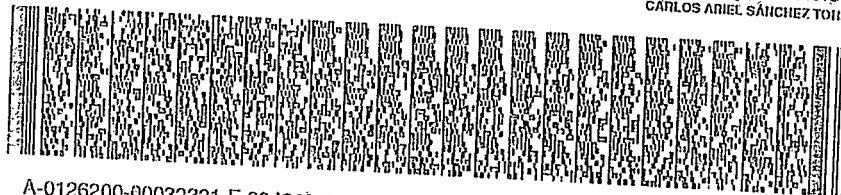
F

SEXO

27-MAY-1987 ARGELIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00032321-F-0043380767-20080728

0001528023A 1

2670002010

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
CLINICA ANGIOSUR			NI	900857186	
Código	053601649502		Telefono 1	6042004282	
Correo	citas@angiosur.com		Teléfono 2	3166499368	
Dirección					
Calle 47 # 48 - 63 Piso 1					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	ITAGUI	
DATOS DEL PACIENTE					
BEDOYA		CARMONA	ROSARIO	AURORA	
1er Apellido		2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	43380767		Fecha de nacimiento
Dirección de Residencia Habitual		CALLE 9 3 46		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Telefono celular	3117113807	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Neurocirugia (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	M421 - Osteocondrosis de la columna vertebral del adulto	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
883210	1	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE			
Observación	OK				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		20637155	Fecha	2024-06-17	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			649	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
bherrope (DORALBANY HENAO PEREZ)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de vivienda

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756025580400001191

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSARIO AURORA

Apellidos: BEDOYA CARMONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43380767

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

07/09/2022

Última actualización ciudadano:

07/09/2022

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

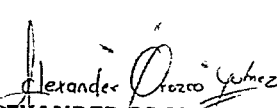
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja - Sonsón

FECHA: 13 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: María Amparo Manrique García C.C. 42.968.739

Leonardo Pérez Palacio C.C. 70.726.259

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.968.739

MANRIQUE GARCIA

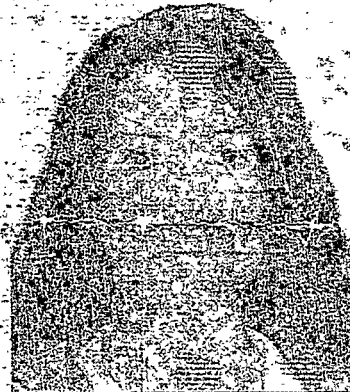
ARELLIDOS

MANIA AMARPO

NOMBRES

Mania Amaro Manrique

FIRMA



INDICE-DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1958

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

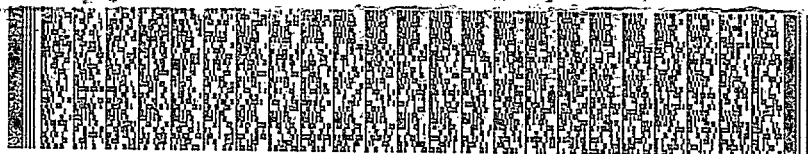
F

SEXO

18-JUL-1977 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00037362-F-0042968739-20080803

0001740315A 1

2460002233

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.726.259

PEREZ PALACIO

APELLIDOS

LEONARDO

NOMBRES

Leonardo Perez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1969

JERICO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

29-AGO-1988 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0126200-00114582-M-0070726259-20081029

0004985249A 1

2670005537

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			
	Nit: 890.980.003-5			
HISTORIA CLINICA DE: TRANSCRIPCION			Atencion:	107
			Fecha:	Jun.20/2024
Nombre:	MANRIQUE GARCIA MARIA AMPARO		Edad:	66 Años
Telefono:	3116419244		Estrato:	SUBSIDIADO-1
Historia:	42968739		Id:	CC 42.968.739
Estado Civil:	SOLTERO		Hora Ate:	15:01
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA			

ANAMNESIS

Observaciones: PACIENTE AP DE HIPOTIROIDISMO(LEVOTIROXINA); ESQUIZOFRIA(RESPIRIDONA Y ACIDO VALPROICO). AHORA DICE SENTIRSE ESTABLE, Y VIENE POR LA MEDICACION, AL MOMENTO CON SEVERO ECZEMA DE CONTACTO EN LAS PALMAS DE LAS MANOS(JABON) AL E, F SV FC: 86; FR:18; T: 36°C; PA: 130/60; PESO:61Kgrs, SATURACION89%, FUMADORA PESADA / HACE 40 AÑOS Y COCINO CON LEÑA (REGISTRA 2 DOSIS DE SINOBAC,ANTICOVID-19, Y 2 REFUERZOS DE ASTRAZENA).

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Diagnostico: Dx.Principal: E039-HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, Dx.Relacionado1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado2: F510-INSOMNIO NO ORGANICO, Dx.Relacionado3: L235-DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A OTROS PRODUCTOS QUI, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Conductas: Se envia:

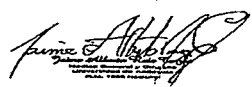
ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 648316 - Jun.20/2024

1. ACIDO VALPROICO 250 MG - Capsula, Via:ORAL, Cantidad:360, Dosis:TOMAR 2 TABLETAS JUNTAS CADA 12 HORAS.
2. RISPERIDONA 1MG - Tabletas, Via:ORAL, Cantidad:180, Dosis:TOMAR 2 TABLETAS VIA ORAL CADA NOCHE, JUNTAS.
3. LEVOTIROXINA SODICA 50 MCGS - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1TABLETA, CADA DIA EN AYUNAS, CON AGUA ..
4. BETAMETASONA 0.5% CREMA TOPICA - TUBO X 20 G, Via:TOPICO, Cantidad:6, Dosis:APLICAR 2 VECES AL DÍA POCA CANTIDAD EN ÁREAS COMPROMETIDAS,PALMAS Y PIES ,CON GUANTES DE TELA Y MEDIAS.

Observaciones: MEDICAMEO POR 3 MESES

RECOMENDACIONES - W10 903675 - Jun.20/2024

1. LA BETAMETASO CREMA:CON GUANTES DE TELA Y MEDIAS.
2. NO LAVAPLATOS,NI ROPA, NI USAR DETERGENTES ,SIN GUANTES DE TELA Y DE PLASTICO.

Pagina: 1 de 1 Imprime: APOR	Medico:RUIZ CORREA JAIME ALBERTO	Firma 
Fecha Sistema:12/11/2024 Hora:15:42:16	Cedula: 71.602.238 Registro:	

INFORME RADIOLÓGICO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente	# Identificacion	Género	Edad	Fecha de nacimiento
MARIA AMPARO MANRIQUE GARCIA	42968739	F	66	17-02-1958

DATOS DEL ESTUDIO

Estudio	Modalidad	Birads	Fecha recepción	Fecha examen
MAMOGRAPHY ROUTINE	MG	0	29-10-2024	29-10-2024

ESTUDIO REALIZADO: MAMOGRAFIA.

TÉCNICA: Digitalizada. Se realizaron proyecciones cráneo caudal y oblicuo medio lateral, bilateral.

HALLAZGOS:

Tejido mamario de densidad fibroglandular, Tipo B (ACR- BIRADS). Sin áreas de asimetría o distorsión.

Nódulo en cuadrante supero-externo de la mama derecha, mide 10x5mm.

No hay criterios específicos de malignidad.

Ganglios axilares derechos.

Planos pectorales normales.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

MAMOGRAFÍA, CATEGORÍA BIRADS 0.

REQUIERE ULTRASONIDO COMPLEMENTARIO.

Nota: Los falsos negativos de la mamografía son del 10%. Ante anomalía palpable prima el criterio clínico. Se recuerda la importancia de conservar este estudio para controles posteriores.

COMENTARIO:

CATEGORÍA 0: Se requieren estudios adicionales de imagen.

CATEGORÍA 1: Estudio sin hallazgos patológicos.

CATEGORÍA 2: Estudio con hallazgos benignos.

CATEGORÍA 3: Hallazgo probablemente benigno. Se sugiere seguimiento a corto plazo.

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756025580400001588

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA AMPARO

Apellidos: MANRIQUE GARCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 42968739

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

02/11/2018

Última actualización ciudadano:

05/12/2018

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja

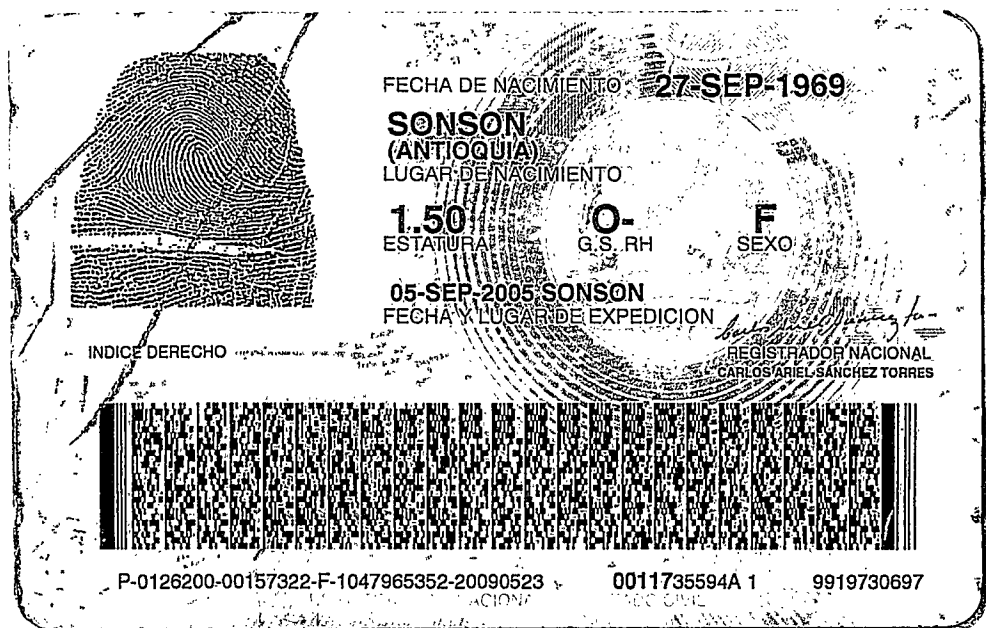
FECHA: 13 de Noviembre de 2024

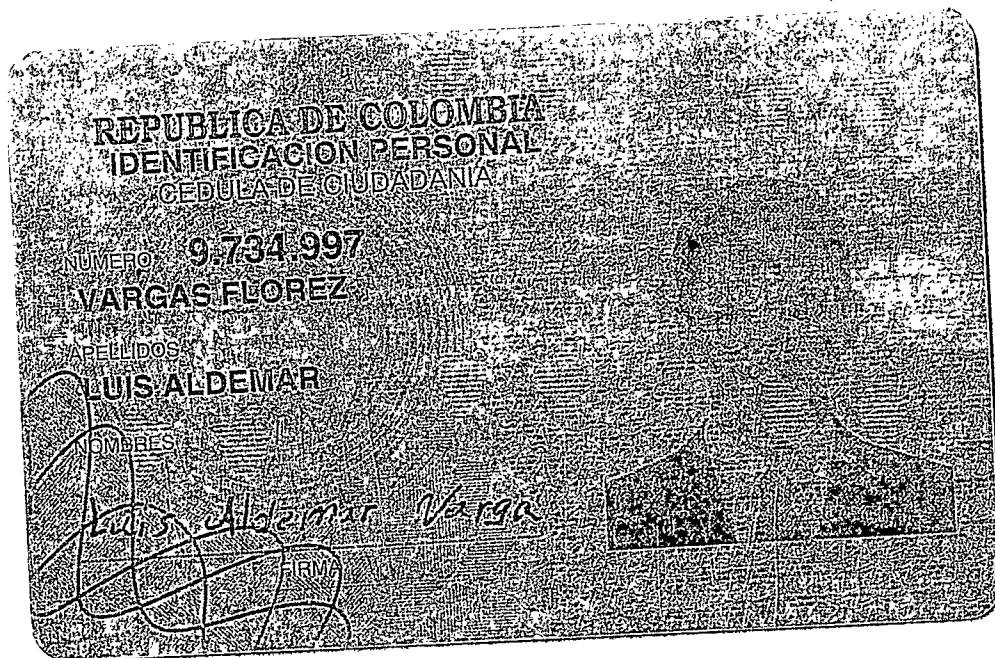
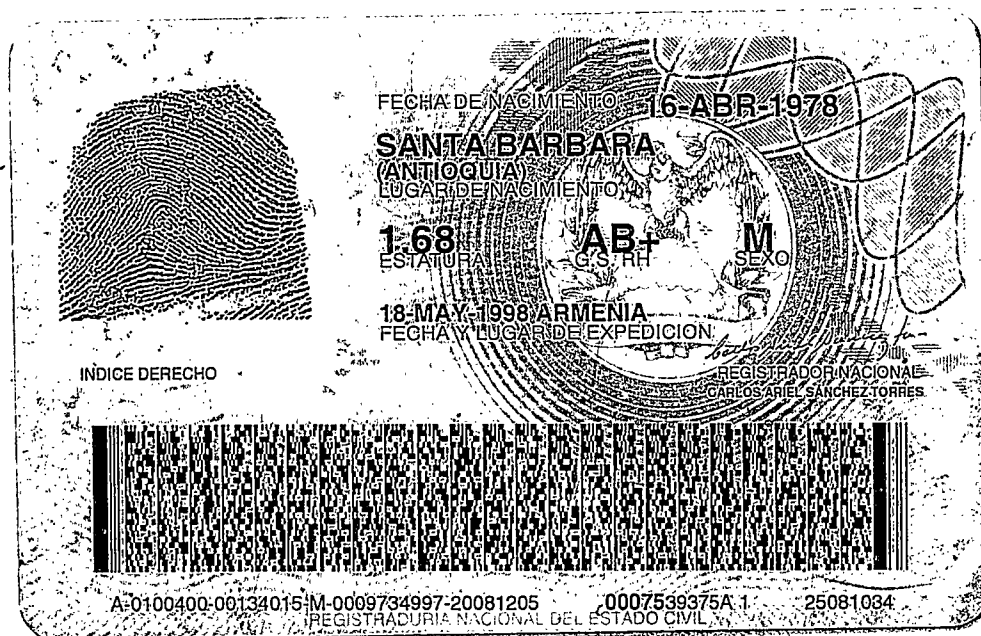
NOMBRE DE LA PERSONA: Luz Dary Gómez Orozco C.C. 1.047.965.352

Luis Aldemar Vargas Flórez C.C. 9.734.997

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor





INFORME RADIOLÓGICO

DATOS PACIENTE

Nombre del paciente	# Identificacion	Género	Edad	Fecha de nacimiento
LUZ DARY GOMEZ OROZCO	1047965352	F	55	27-09-1969

DATOS EXAMEN

Estudio	Modalidad	Birads	Fecha recepción	Fecha examen
MAMOGRAPHY ROUTINE	MG	0	29-10-2024	29-10-2024

ESTUDIO REALIZADO: MAMOGRAFIA.

INDICACIÓN: Mamografia de control.

TÉCNICA: Se realizaron proyecciones cráneo caudal y oblicuo medio lateral en ambas mamas mediante técnica radiológica digital.

HALLAZGOS:

Tejido mamario tipo C (ACR- BIRADS).

Nódulo de contornos oscurecidos en región centro mamaria derecha, mide 18mm de diámetro mayor, debe ser valorado con ultrasonido.

No se observan áreas de distorsión, nódulos espiculados ni cúmulo de microcalcificaciones sospechosas de malignidad.

Ganglios axilares bilaterales de características habituales.

Piel y pezones sin alteraciones.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

BIRADS 0

SE RECOMIENDA COMPLEMENTO ECOGRÁFICO.

Nota: Los falsos negativos de la mamografía son del 10%. Ante anormalidad palpable prima el criterio clínico. Se recomienda conservar este estudio para controles posteriores.

Es importante conservar este informe y las imágenes para comparar con próximos controles.

COMENTARIO:

CATEGORÍA 0: Se requieren estudios adicionales de imagen.

CATEGORÍA 1: Estudio sin hallazgos patológicos.

CATEGORÍA 2: Estudio con hallazgos benignos.

CATEGORÍA 3: Hallazgo probablemente benigno. Se sugiere seguimiento a corto plazo.

CATEGORÍA 4: Estudio con hallazgos sospechosos. Se recomienda realización de biopsia.

CATEGORÍA 5: Estudio con hallazgos altamente sospechosos de malignidad.

CATEGORÍA 6: Malignidad comprobada.

Tejido mamario clasificación (ACR BIRADS 501).

Tipo A: Predominantemente graso.

14/11/2024
Ecografía
Sonia Lopez

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS				
	Nit: 890.980.003-5				
HISTORIA CLINICA DE: PROCEDIMIENTOS - AMBULATORIA			Atencion:	11	
			Fecha:	May.06/2023	
Nombre:	GOMEZ OROZCO LUZ DARY	Edad:	53 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3146284227	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1047965352	Id:	CC	1.047.965.352	
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	08:25		
Entidad:	PARTICULARES				

ANAMNESIS

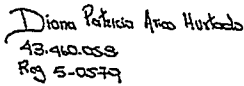
Observaciones: INGRESA PACIENTE CON ORDEN MEDICA PARA APLICACIÓN DE PENICILINA CON PREVIA PRUEBA DE SENSIBILIDAD, SE EXPLICA PROCEDIMIENTO, SE REALIZA PRUEBA A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO EN CARA EXTERNA, SE APLICA 0.1CC DE PRUEBA INTRADERMICA, SE MARCA PAPULA. PASADOS 15 MINUTOS SE VERIFICA PRUEBA LA CUAL DA NEGATIVA. PREVIA ASEPSIA MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD E INFORMACION AL PTE APLICO EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE GLUTEO DERECHO 1.200.000UDS DE PENICILINA BENZATINICA IM, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO Y SALE DEAMBULANDO DEL SERVICIO

Diagnostico: Dx.Principal: Z000-EXAMEN MEDICO GENERAL, Dx.Relacionado: ** NO PRESENTA **, Dx.Complicacion: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx:

Finalidad: Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: OTRA, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO, Trimestre Embarazo: NO ESTA EMBARAZADA, Finalidad Procedimiento: TERAPEUTICO.

Conductas: Se envia:

** NO PRESENTA ** .

Pagina: 1 de 1 Imprime: APOR	Medico:DIANA PATRICIA ARIAS HURTADO	Firma  43-460.058 Reg 5-0579
Fecha Sistema:13/11/2024 Hora:10:00:20	Cedula: 43.460.058 Registro:	

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756017680300001107

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ DARY

Apellidos: GOMEZ OROZCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1047965352

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

23/08/2024

Última actualización ciudadano:

23/08/2024

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 13 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Bertha Galvis De Gallego C.C.22.100.048

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Oficina N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal - Sonsón - Antioquia
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.100.048

GALVIS De GALLEGO

APELLIDOS

BERTHA

NOMBRES



Bertha Galvis
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1954

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-OCT-1975 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arbel
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL BANGUEZ TORRES



A-0126200-0021015G-F-0022100048-20100122

0020210594A 1

2676101161



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 25935035

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2024-07-15

HORA: 05:23

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.

CODIGO

EPSS40

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre

Tipo Documento

Número documento

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RIONEGRO)

NI

890907254

Código

056150137601

Teléfono 1

6045313700

Correo

bienestarsocial@hsjdeserionegro.com

Teléfono 2

Dirección

Carrera 48 # 56 - 59

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

RIONEGRO

DATOS DEL PACIENTE

GALVIS

DE GALLEGO

BERTHA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De Identificación

CC

Número documento de identificación

22100048

Fecha de nacimiento

1954-06-29

Dirección de Residencia Habitual

SAN JOSE DE LAS CRUCES

Teléfono

6040001000

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

SONSON

Teléfono celular

3105158069

Correo electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio Ginecobstetricia (Consulta Ext)

Diagnostico Principal

R103 - Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen

Cama

Manejo Integral según Guía de

Código CUPS

Cantidad

Descripción

890250

1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Observación

2024-07-12

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN

20867636

Fecha

2024-07-13

Hora

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

0.00 %

Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:

912

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador:

Aplica cobro: SI

Cuota

Cuota de

Valor en pesos

Porcentaje %

Copago

Exento cobro

0.00

0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Cargo o actividad

Igarciar (LISETH GARCIA RESTREPO)

AUTORIZADOR SAVIASALUD

Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas

La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días

Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS

018000423683

Jueves 14

7:22 P.

CE.
29-07-24.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Resolución 003047 14 AGO 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME: W93
276276

Fecha: Jul.12/2024 Hora: 10:47

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
Código:	057560239401	Nit:	890.980.003-5
Dirección:	CALLE 16 No 7-151		
Teléfono:	8695050	Fax:	8695050
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	SONSON	Código:	756
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	GALVIS	2do. Apellido:	DE GALLEG0
1er Nombre:	BERTHA	2do Nombre:	
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	22.100.048
Fecha de Nacimiento:	Jun.29/1954	Edad:	70 Años
Dirección Residencia:	VEREDA LAS CRUCES	Sexo:	FEMENINO
Departamento:	ANTIOQUIA	Teléfono:	3105158069
Municipio:	ANTIOQUIA	Código:	05
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-0	Código:	756

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA	Servicio:	MEDICA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Mecheio,Integral,Servicio,Guia:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890250	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ. POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Justificación Clínica: PACIENTE HABIA CONSULTADO EL 07/05/2024, POR: "CUADRO DE CIRUGIA DE PLASTIAS VAGINALES HACE 2 AÑOS, LE INTALARON SEGUN ELLA MALLA Y AUN ASI LA VEJIGA SE TRATA DE PROLAPSAR. AHORA ADEMÁS RELATA DISCONFORT PARA ORINAR, Y SE VA CON DESALIENTO A LOS MUSLOS". AHORA ASISTE LA HIJA CLAUDIA YANETH GALLEG0, A PRESENTAR RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO, ASI:

UROANALISIS
FISICO QUIMICO
Color AMARILLO
Aspecto LIG TURBIO
P.H. 6,5
Densidad 1,015
Leucocitos 0 Leu/µL
Sangre 0 mg/dL
Proteinas 0 mg/dL
Bilirrubinas 0 mg/dL
Urobilinogeno Normal mg/dL
Cetonas 0 mg/dL
Nitritos Negativo
Glucosa 0 mg/dL
Acido Ascorbico 0 mg/dL
MICROSCOPICO
Leucocitos 1 xc
Células Epiteliales Bajas 2-4 xc
Bacterias Cantidad escasa
Moco Cantidad abundante
SE LE ORDENO ECO TRASVAGINAL(20/06/2024), ASI:
ESTUDIO: ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL
de la paciente, se realiza ecografia pélvica transvaginal.

UTERO Ausencia quirúrgica. No se observa masas ni quistes en cupula vaginal.
Aspecto atrofico
Medidas: 14,9 mm X 11,9 mm X 16,7 mm
Volumen: 2 cc
OVARIO IZQUIERDO No visualizado, no se observa masas ni quistes en dicho anexo.
Libre
OBSERVACIONES: Vejiga con paredes lisas sin imágenes solidas en su interior.
CONCLUSION:
Ausencia quirúrgica del útero.

Previo consentimiento
HALLAZGOS ECOGRAFICOS
OVARIO DERECHO
FONDO DE SACO

Diagnostico principal: DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN
Diagnostico relacionado 1: PROLAPSO DE LA CUPULA VAGINAL DESPUES DE HISTERECTOMIA
Diagnostico relacionado 2: PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO

Código CIE10: R103
Código CIE10: N993
Código CIE10: N819

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: RUIZ CORREA JAIME ALBERTO
Registro Medico:
Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL

Teléfono: 8695050
Teléfono Celular:

Firma

Jaime Correa Ruiz
Médico General
Unidad de Atención
Primaria de Salud

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756016680400000065

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: BERTHA

Apellidos: GALVIS GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22100048

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/11/2018

Última actualización ciudadano:

13/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

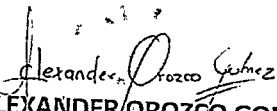
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 18 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Gabriel Loaiza Carmona C.C. 3.614.237

María Elena Martínez Valencia C.C. 22.100.980

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Oficina N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Rúiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.614.237

LOAIZA CARMONA

APELLIDOS
GABRIEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1947

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ M

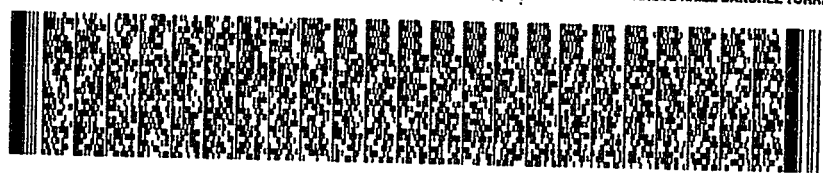
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-SEP-1968 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0126200-00099903-M-0003614237-20081017

0004530703A 1

2680001707

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.100.980

MARTINEZ VALENCIA

APELLIDOS

MARIA ELENA

NOMBRES

Maria Elena Martinez Valencia

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1954

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.43

ESTATURA

A+

G.S. RH

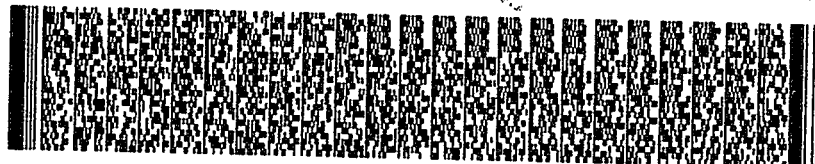
F

SEXO

10-FEB-1977 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00020903-F-0022100980-20080708

0000857803A 1

2680000605



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 27133402

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2024-10-24

HORA: 03:49

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.

CODIGO

EPSS40

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre

Tipo Documento

Número documento

FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA

NI

890981374

Código

050010115001

Telefono 1

6043227545

Correo

citasweb@neurologico.org.co

Telefono 2

3233240408

Dirección

Calle 55 # 46 - 38

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

MEDELLIN

DATOS DEL PACIENTE

LOAIZA

CARMONA

GABRIEL

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De identificación

CC

Número documento de identificación

3614237

Fecha de nacimiento

1947-07-11

Dirección de Residencia Habitual

CL 5 2 45

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

Telefono

6040001000

Telefono celular

3137715214

Correo electrónico

SONSON

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio Neurologia (Consulta Ext)

Diagnostico Principal

R418 - Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia y los no especificados

Cama

Manejo Integral según Guía de

Código CUPS

Cantidad

Descripción

940701

1

ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)

Observación

ANEXO CON FECHA DEL 24/04/2024 REEMPLAZA orden nua 21374404 por vencimiento

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN

21764187

Fecha

2024-10-24

Hora

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

0.00 %

Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:

1020

Reclamo de fiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador:

Aplica cobro: SI

Cuota

Cuota de

Valor en pesos

Porcentaje %

Copago

Exento cobro

0.00

0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Cargo o actividad

mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)

AUTORIZADOR SAVIASALUD

Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas

La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días

Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS

018000423683

18/11/2024

Sonson - Medellin

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
(ANEXO TECNICO 3)

NUMERO DE SOLICITUD: 00676110

FECHA: 2023-04-24

HORA: 16:17

INFORMACION DEL PRESTADOR			
Nombre:	FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA		
Código:	050010115001	Dirección:	Calle 55 No 46 - 36
Teléfono:	4 - 576 66 66	NIT:	890.981.374-7
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (Pagador)		Departamento:	ANTIOQUIA
SAVIA SALUD ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S A S		Municipio:	MEDELLIN
		CODIGO:	001

DATOS DEL PACIENTE			
LOAIZA	CARMONA	GABRIEL	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo de Documento:	Cédula ciudadanía	Número:	3614237
Fecha de Nacimiento:	1947-07-11	Teléfono:	3137715214
Dirección de Residencia:	CLL 5 #2 45	Municipio:	SONSON
Departamento:	ANTIOQUIA	Teléfono Celular:	756
Correo electrónico:			
Cobertura en salud:	Regimen Subsidiado - Total		

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS			
Origen de la Atención:	Enfermedad general	Prioridad de la Atención:	Prioritaria
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA		
Servicio:	Consulta de Neurologia	Cama:	
Manejo Integral Segun Guía:	Anexo 5 Demencias		

Código CUPS	Cantidad	Descripción
89037404	1	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO EN 4 MESES POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN NEUROLOGÍA (CUPS: 890374)
906915	1	SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR (SUERO) (CUPS: 906915)
906249	1	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS &* (CUPS: 906249)
902210	1	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA.HTCRITO.RCTO ERITROCITOS.INDICES ERITROCITARIOS.LEUCOGRAMA.RCTO PLAQ.INDIC PLAQUETAR Y MORFOLOG ELECTRONICA E HISTOGRAMA (CUPS: 902210)
940701	1	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) (CUPS: 940701)
879111	1	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE (CUPS: 879111) (OBSERVACIONES: TAC de craneo simple. Deterioro cognitivo.)
903703	1	VITAMINA B 12 (CUPS: 903703)
904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE (CUPS: 904904)
903105	1	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO (CUPS: 903105)

Justificación Clínica:

Se evalua paciente con EPP segun protocolo institucional Pandemia COVID-19

Gabriel, 75 años, residente de Sonson, casado, 4 hijos
Agricultura, escolaridad 2do, diestro
En compañía de Juan Pablo, nieto

MC: fallas de memoria

EA: cuadro clinico de 1 año de evolucion consistente en fallas en memoria anterograda, describen que pierde objetos, deja fogones prendidos y llaves de agua abiertas, no pregunta varias veces lo mismo, olvida los medicamentos, no recuerda que actividades debe realizar. Se perdio 1 vez, no recordaba como volver a la casa. Reconoce a los familiares, reconoce el dinero. Animo estable, tranquilo. Duerme bien. Es independiente para actividades basicas e instrumentales, aun sale solo.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA, urolitiasis
- Medicamentos: tiamina, verapamilo 120mg/12 horas, atorvastatina 40mg/dia
- Alérgicos: niega
- Quirúrgicos: prostatectomía
- Tóxicos: niega
- Familiars: niega

Examen físico:

Aceptables condiciones generales, sin disnea

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756013580500000087

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GABRIEL

Apellidos: LOAIZA CARMONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3614237

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

09/10/2018

Última actualización ciudadano:

23/10/2018

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

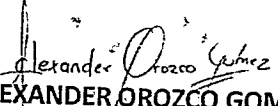
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 18 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Nohelia Cortes Gallego C.C. 43.460.725

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N.º 9-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.460.725**

CORTES GALLEGO

APELLIDOS

NOHELIA

NOMBRES

Nohelia Cortes Gallego

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1970**

SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

27-MAY-1995 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0126200-00210156-F-0043460725-20100122

0020212180A

2670506789



HISTORIA CLÍNICA

INFORME QUIRURGICO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Nº Historia Clínica:	43460725				
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE					
Identificación:	43460725	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía		
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento:	15/01/1970	Edad Actual:	54 Años / 3 Meses / 14 Días	Edad en la Atención:	54 Años / 3 Meses / 14 Días
Estado Civil:	Casado	Procedencia:	SONSON		
Ocupación:	AMA DE CASA				
Dirección:	01	Teléfono:	3223334836		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S				
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE					
Nombre:	JUAN ESCOBAR	Parentesco:	HIJO		
Dirección:		Teléfono:	3223334836		
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN					
Folio Nº:	12	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39		
Nº Ingreso:	5980271	Fecha Ingreso:	30/04/2024 6:53		
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General		
INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO					
Cirugía de trasplante de órganos:	No				
Fecha y hora de inicio:	30/04/2024 16:22	Fecha y hora finalización:	30/04/2024 17:24		
Tipo anestesia:					
General					
INTERVENCIÓN PRACTICADA					
cuadrante de mama izquierda mas colgajo local de vecindad de 5 a 10cm					
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA Y DE PROCEDIMIENTOS					
Inciisión en semiluna, mama izquierda, disección del cuadrante en bloque guiado por el arpón, se reseca hasta la fascia, se marca y se envía a patología, se disecan colgajos, para cubrimiento total del defecto, se insertan clip en el lecho quirúrgico, se infiltra con marcaina, y se afrontan nuevamente los colgajos, cierre por planos, no complicaciones.					
HALLAZGOS OPERATORIOS					
Tumor en mama izquierda entre 8 y 9 del reloj, marcada con arpón. Biopsia previa de carcinoma papilar encapsulado.					
¿Se implantó tejido osteomuscular?:					
TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMÍA PATOLÓGICA					
¿Tejidos enviados a anatomía patológica? Si					
¿Cual(es)?					
cuadrante mama izquierda marcado					
COMPLICACIONES					
¿Complicaciones? No					
CLASIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA					
¿Clasificación de la cirugía? Limpia contaminada					
PROFILAXIS ANTIBIOTICA					
¿Profilaxis antibiótica? Si					
Tipo paciente					
Adulto					
Antibiótico adultos:					
Cefazolina 2 g (3 g para pacientes con peso mayor a 120 kg)					
Refuerzo profilaxis?					
No					

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio N°:	12	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39
N° Ingreso:	5980271	Fecha Ingreso:	30/04/2024
Identificación:	43460725	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		

MEDICAMENTOS EXTERNOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN TAB 500MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 6 Hora(s) durante 10 Dia(s) - tomar una cada 6horas por 10 días
40 tabletas

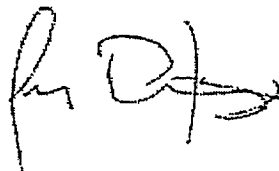
NAPROXENO TAB 250MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 8 Hora(s) durante 10 Dia(s) - tomar una cada 8 horas por 10 días
30 tabletas

INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 días y seguir recomendaciones dadas
Cita control mastologia en 21 días para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidadreposito por 20 días Hielo local cubierto en toalla los 2
primeros días Deambulacion temprana No restricciones de dieta Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de
control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono 3126932845 En caso de fiebre, sangrado intenso, salida
de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar inicialmente a los numeros previamente
anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion Leer las las instrucciones antes de la salida En una semana asisitir a la
unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.

Posología: INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA

No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 días y seguir recomendaciones dadas
Cita control mastologia en 21 días para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad
reposito por 20 días
Hielo local cubierto en toalla los 2 primeros días
Deambulacion temprana
No restricciones de dieta
Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono
3126932845
En caso de fiebre, sangrado intenso, salida de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar
inicialmente a los numeros previamente anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion
Leer las las instrucciones antes de la salida
En una semana asisitir a la unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.



RODRIGEZ GALLEGO JORGE ALEXANDER

Tarjeta Profesional: 1541-00

Especialidad: GINECOLOGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]



Paciente: NOHELIA CORTES GALLEGO
Cédula_Ciudadania: 43460725
SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936

UNIDAD FUNCIONAL CANCER DE ADULTO

CONSULTA EXTERNA ONCOLOGIA

Nº Historia Clínica: 43460725

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadania	43460725	NOHELIA CORTES GALLEGO
Edad en la atención:	54 Años / 8 Meses / 11 Días	Estado Civil:	Casado
Sexo:	Femenino	F. Nacim:	15/01/1970
Teléfono:	3136202813	Procedencia:	SONSON
Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	JUAN ESCOBAR CORTES	Tel. responsable:	3223334836
Dir. responsable:	RIONEGRO	Parentesco:	HIJO
Acompañante:	JUAN ESCOBAR CORTES	Tel. Acompañante:	3223334836
Entidad:	UNION TEMPORAL CONCIENCIA ROSA - RED ONCOLOGICA DE ANTIOQUIA		
Plan/Beneficios:	"UT CONCIENCIA ROSA - ROA" - RUTA CA DE MAMA SAVIA SALUD EPS (SUBSIDIADO)		
Rango:	SUBSIDIADO 1		
FOLIO Nº34	Fecha del Folio: 27/09/2024 14:40		
Nº Ingreso:	6326659	Fecha:	27/09/2024 13:13
F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

☐ Se adiciona conducta al plan de manejo.

Tiene resultado de patología:

Fecha de diagnostico oncológico:

Estado:

Detalle del folio:

SIGNOS VITALES

PESO: Kg TEMP: C PA: 110/60 FC: 70 /MIN FR: 19 /MIN SATURACION DE OXIGENO: 95 FIO2: 21 DOLOR:

EVOLUCION ONCOLOGIA

SUBJETIVO

ONCOLOGIA CLINICA CONTROL

1RA VEZ (24/04/2024) --CONCIENCIA ROSA--

Paciente femenina, 54 años.

Reside en Sonson. Vereda Marmato.

Ama de casa.

Acompañada por Martha Alicia Cortes (Hermana)

EPS Savia Salud.

Teléfono 3223334836

Antecedente:

Patología: Dislipemia.

Alergico: Niega.

Quirúrgico: Hematoma dorsal.

Toxicos: Niega.

Familiares: Tía estomaga, Tía renal.

HISTORIA ONCOLOGICA

En campaña de tamizaje en su municipio, se evidencia lesión por mamografía y eco mamaria, se detecta nódulo a las 8 del reloj, de 16 mm, se toma biopsia.

IMÁGENES

-08/03/2024 Ecografía de Mama: BI-RADS 4A

-21/08/2024 Rx de Torax: Normal

-22/08/2024 Ecografía de abdomen: Esteatosis hepática moderada. Colelitiasis sin signos de colecistitis. Masa pélvica, no es posible determinar su origen, lesión ecogénica mal definida mide 94x64x67 mm.

-04/09/2024 DMO Normal.

-04/09/2024 RMN DE PELVIS: El útero se encuentra aumentado de tamaño a expensas de lesión intramural. Las medidas del útero son: 10, 8 x 8, 4 x 12, 7 cm. Quistes de Naboth en el cérvix uterino. Canal vaginal de apariencia normal. Lesión intramural, localizada en la pared anterolateral izquierda del útero, que mide 73 x 79 x 97 mm (290 cc). Esta lesión es de predominio sólido, con algunas áreas de componente quístico en su interior, presenta algunas áreas de restricción a la difusión y realza de manera heterogénea con el medio de contraste. Sugiere sugiere mioma con degeneración quística. FIGO 2-5. La cavidad endometrial es de apariencia normal. Grosor endometrial: 13 mm. Se identifica una lesión en el fondo de saco posterior: sólido quística, cc componente de grasa madura, en relación con teratoma pélvico, que mide 47 x 60 x 43 mm (63 cc). El ovario izquierdo es de aspecto normal, mide 22 x 10 x 5 mm (1 cc). El ovario derecho no es visualizado. La vejiga se encuentra comprimida y desplazada en sentido lateral derecho por el útero aumentado de tamaño. Las estructuras vasculares en la pelvis están permeables. No se identifican adenopatías pélvicas.

Conclusión: Masa uterina, sugestiva de mioma con degeneración quística, FIGO 2 - 5, con algunas zonas de restricción a la difusión en su interior. Se recomienda correlación

Información del folio No. 34

Jhon Carlos

Página: 1/4

Fecha Impresión: viernes, 27 septiembre 2024

Usuario Impresión: 1113654559

8029120 - CAÑAS GALLEGO JHON
ALEXANDER
ONCOLOGIA CLINICA
R.M. 8029120

MANEJO

-30/04/2024 Cuadrantectomia con margenes amplios.

-Radioterapia externa con acelerador lineal según el siguiente esquema: Volumen de tratamiento: PTV: mama izquierda con refuerzo integrado con margenes. Dosis y fraccionamiento: 3100 cGy, con un fraccionamiento de 620 cGy por sesión (5 sesiones a la semana). Duración del tratamiento: entre el 29 de mayo al 7 de junio de 2024

-Tamoxifeno Inicio 15/06/2024, SWITCH con letrozol por aumento de transaminasas Inicio 05/09/2024.

S/ Paciente se encuentra asintomatica.

OBJETIVO

Estables condiciones. ECOG 0

Peso: 64Kg.

Mucosas orales humedas sin lesiones.

RsCsRs sin soplos. MV conservados no agregados.

Mama izquierda cuadrantectomia areolar. Cicatriz quirurgica sana, no signos de recaida

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpacion.

Extremidades sin edemas, pulsos conservados.

ANALISIS

Paciente femenina, 54 años, Diagnostico carcinoma ductal invasor, NOS. GH 2, RP positivo, Estadio I (pT1a; pNx).

MANEJO

-30/04/2024 cuadrantectomia con margenes amplios.

-Radioterapia completo el 07/06/2024

-Tamoxifeno Inicio 15/06/2024, SWITCH con letrozol por aumento de transaminasas Inicio 05/09/2024.

Paciente con indicacion de HT adyuvante (Tamoxifeno), Radioterapia adyuvante. No tiene indicacion de QT, Trae Imagenes de extensión con lesion uterina que requiere mejor caracterización con RMN de Pelvis contrastada, se da orden. Adicional trae perfil lipidico con Dislipidemia mixta, con TG muy elevados, podria tratarse de una hipertrigliceridemia familiar, se inicia manejo medico y se cambia Tamoxifeno por Letrozol. Indico formula por 3 meses de Letrozol + Calcio. Se da orden de densitometria osea.

RMN de pelvis (09/2024) que informa Masa uterina, sugestiva de mioma con degeneración quística, FIGO 2 - 5, con algunas zonas de restricción a la difusión en su interior. Teratoma pélvico en el fondo de saco recto uterino. Solicito valoracion por Ginecologia Oncologica. Cita de control en un mes con resultados. Control con Oncologia en 3 meses. Se explica diagnostico, plan a seguir. Instrucciones, recomendaciones y signos de alarma.

Plan:

1. Letrozol / Calcio Vitamina d.
2. Laboratorio.
3. Valoracion por Ginecologia Oncologica.
4. Control con Oncologia en 3 meses.

EPICRISIS

Se remite a programa de promoción y prevención?

Programa al que se remite:

Número de ciclos de quimioterapia administrados al paciente:

Fecha de inicio	Fecha de dinalización	Número de ciclos
Fecha de inicio	Fecha de finalización	Número de ciclos

Antecedentes

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		☐

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Diagnósticos Registrados en este folio

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
C509	☐ TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA	☒	☐ Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Ord. Médicas:

Información del folio No. 34

Jhon Cañas

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756009481200000065

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NOHELIA

Apellidos: CORTES GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43460725

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

08/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

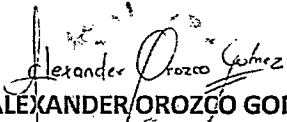
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja- Sonsón

FECHA: 18 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Luz Marina Gallego Henao C.C. 22.105.169

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal "Parque Principal" Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.105.169

GALLEGO HENAO

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Gallego Henao

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1966

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

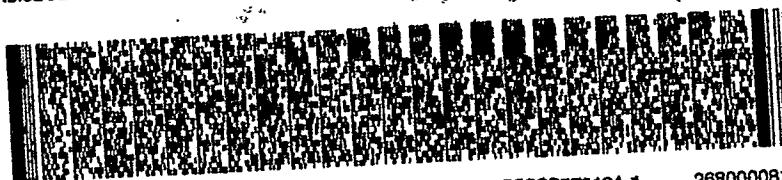
F

SEXO

16-ENE-1985 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00020903-F-0022105169-20080708

0000857912A 1

2680000816



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 26523167

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2024-09-04

HORA: 11:37

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
CLINICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA				NI	890905154
Código	053760212501		Telefono 1	6045352020	
Correo	citas@clnicasanjuandedios.com		Telefono 2		
Dirección					
Avenida San Juan de Dios La Ceja					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	LA CEJA	
DATOS DEL PACIENTE					
GALLEGO		HENAO		LUZ	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		MARINA			
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación		22105169	Fecha de nacimiento
1966-02-15		Teléfono		6040001000	
Dirección de Residencia Habitual					
CHAGUALITO					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Telefono celular	3136289681		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio					Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)
Diagnostico Principal					S525 - Fractura de la epifisis inferior del radio
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	ANEXO 23/07/2024				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21286743		Fecha	2024-09-02	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				700	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota	Cuota de		Valor en pesos		Porcentaje %
Copago	Exento cobro		0.00		0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
Igarciar (LISETH GARCIA RESTREPO)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Linea de Atencion Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



CLINICA SAN JUAN DE DIOS

890905154 -

RHsCixFch

Pag: 1 de 1

Fecha: 23/07/24

G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 22105169 -- LUZ MARINA GALLEGOS HENAO

Empresa: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.A. - SUBSIDIADO Afiliado: NIVEL 0

Fecha Nacimiento: 15/02/1966 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: D Estado Civil: Soltero(a)

Teléfono: 3136289681

Dirección: CRA 4 BARRIO CHAGUALITO

Barrio: BARRIO EN ZONA URBANA

Departamento: ANTIOQUIA

Municipio: LA CEJA

Ocupación: NO APLICA

Etnia: Ninguno de los anteriores

Grupo Etnico:

Nivel Educativo: No Definido

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: Ninguna

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 011 CLINICA SAN JUAN DE DIOS

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 404 FECHA 23/07/2024 11:26:40 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE PO DE RAFI DE RADIO DISTAL IZQUIERDO 07/04/24, REFIERE DOLOR MODULADO, SOBRETUDO EN AREA QUIRURGICA Y CICATRIZ, NO FIEBRE, NO OTRA ALTERACION, REALIZANDO FISIOTERAPIA CON BUENA TOLERANCIA.

ANTECEDENTE DE HTA CONTROLADA, HIPOTIROIDISMO
NO ALERGICOS

EF. MUÑECA IZQUIERDA: HERIDAS SANAS, HIPERSENSIBILIDAD, NO SIGNOS DE FLOGOSIS, ROM COMPLETO, NO LESION VASCULONERVIOSO DISTAL.

-RX DE MUÑECA IZQUIERDA 16/07/24: ADECAUDA REDUCCION DE FRACTURA, MOS EN LUGAR.

ANALISIS: PACIENTE CON BUENA EVOLUCION PO, SE INDICA CONTINUAR CON FISIOTERAPIA, CONTROL EN 3 MESES PARA POSIBLE RETIRO DE MOS.

DIAGNÓSTICO S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Tipo PRINCIPAL

TERAPIAS

Cantidad Descripción

10 TERAPIA FISICA INTEGRAL

Estado
Pendiente

MUÑECA IZQUIERDA

INTERCONSULTAS

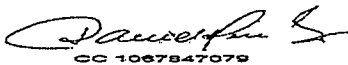
INTERCONSULTA POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA *

Fecha de Orden: 23/07/2024 Ordenada

OBSERVACIONES

CONTROL EN 3 MESES.

RESULTADOS :


CC 1067847079

DANIEL ENRIQUE HERRERA BURGOS

Reg. 5276613

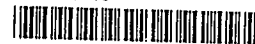
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

2 mcs - -
52.0.2



CLINICA SAN JUAN DE DIOS
890905154 -

RHsClxFch
Pag: 1 de 1
Fecha: 23/07/24
G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 22105169 -- LUZ MARINA GALLEGU HENAO

Empresa: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.A. - SUBSIDIADO Afiliado: NIVEL 0
Fecha Nacimiento: 15/02/1966 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: D Estado Civil: Soltero(a)
Teléfono: 3136289681 Dirección: CRA 4 BARRIO CHAGUALITO
Barrio: BARRIO EN ZONA URBANA Departamento: ANTIOQUIA
Municipio: LA CEJA Ocupación: NO APLICA
Etnia: Ninguno de los anteriores Grupo Etnico:
Nivel Educativo: No Definido Atención Especial: OTROS
Discapacidad: Ninguna Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 011 CLINICA SAN JUAN DE DIOS

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 404 FECHA 23/07/2024 11:26:40 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE PO DE RAFI DE RADIO DISTAL IZQUIERDO 07/04/24, REFIERE DOLOR MODULADO, SOBRETODOS EN AREA QUIRURGICA Y CICATRIZ, NO FIEBRE, NO OTRA ALTERACION, REALIZANDO FISIOTERAPIA CON BUENA TOLERANCIA.

ANTECEDENTE DE HTA CONTROLADA, HIPOTIROIDISMO
NO ALERGICOS

EF. MUÑECA IZQUIERDA: HERIDAS SANAS, HIPERSENSIBILIDAD, NO SIGNOS DE FLOGOSIS, ROM COMPLETO, NO LESION VASCULONERVIOSO DISTAL.

-RX DE MUÑECA IZQUIERDA 16/07/24: ADECAUDA REDUCCION DE FRACTURA, MOS EN LUGAR.

ANALISIS: PACIENTE CON BUENA EVOLUCION PO, SE INDICA CONTINUAR CON FISIOTERAPIA, CONTROL EN 3 MESES PARA POSIBLE RETIRO DE MOS.

DIAGNÓSTICO S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

Tipo PRINCIPAL

TERAPIAS

Cantidad Descripción

10 TERAPIA FISICA INTEGRAL

Estado
Pendiente

MUÑECA IZQUIERDA

INTERCONSULTAS

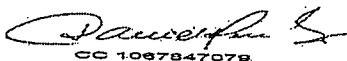
INTERCONSULTA POR ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA *

OBSERVACIONES

Fecha de Orden: 23/07/2024 Ordenada

CONTROL EN 3 MESES.

RESULTADOS :


CC 1067847079

DANIEL ENRIQUE HERRERA BURGOS

Reg. 5276613

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: YAPATIÑO

2 meses
en bta.



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
CITA FISIOTERAPIA

Atencion: 189
Fecha: Jul.16/2024

Nombre:	GALLEGO HENAO LUZ MARINA	Edad:	58 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3136289681	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	22105169	Id:	CC	22.105.169	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	11:24		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	Docto Ing:	X88	5308	

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: Recibo paciente de 58 años de edad con Dx de Fractura de la Epifisis Inferior del Cubito y del Radio con 4 meses de evolución, paciente con antecedentes de HTA quien ingresa al servicio de fisioterapia en buenas condiciones generales. A la valoración fisioterapéutica presenta: Leve Retracción, Leve Debilidad y dolor a los movimientos de Flexo-Ext de muñeca Izq y Supinación de antebrazo, Cicatriz a nivel del tercio inf del radio y presencia de material de Osteosíntesis a dicho nivel, el dolor se exacerba durante las actividades que implican esfuerzos físicos y a los cambios brusco de temperatura, por lo que se recomienda guardar el debido reposo durante su rehabilitación. Se inicia tratamiento fisioterapéutico con aplicación de medios físicos (calor húmedo local), Drenaje Linfático, ejercicios activos asistidos, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de Flexo-Ext de muñeca y supinadores de antebrazo, se complementa con TFNP (para irradiar fuerza de los músculos feurtse hacia los débiles) y seguimiento terapéutico para mejorar su calidad de vida y evitar posibles complicaciones.

Enfermedad Actual:

Antecedentes:

Personales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Familiares: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren D1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Jul.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestruual: , Fecha ultima citologia: Jul.00/0000, Proxima citologia: Jul.00/0000, Resultado de la citología: , Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruacion: Jul.00/0000, Fecha de parto: Jul.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Evaluación Fisioterapéutica:

Piel: NORMAL, **Edema:** MODERADO, **Sensibilidad Superficial:** CONSERVADA, **Sensibilidad Profunda:** CONSERVADA, **Reflejos Osteotendinosos:** NORMORREFLEXIA.

REFLEJOS PATOLOGICOS

BABINSKY: NEGATIVO, **WOFFMAN:** NEGATIVO, **TROMER:** NEGATIVO, **CLONUS:** NEGATIVO.

Fenomenos Neuromusculares: POSITIVO, **Coordinacion Oculomanual:** CONSERVADA, **Coordinacion Oculopedica:** CONSERVADA, **Dolor a La Palpacion:** LEVE DE 0 A 3, **Dolor a los movimientos activos de:** EXTENSION, **Coordinacion Oculomanual:** CONSERVADA, **Arcos de movilidad articular:** DISMINUIDOS, **Calificacion de la Fuerza Muscular:** 4-, **Pruebas Semiologicas:** , **Postura:** .

Concepto Medico: Paciente con Dx de Fractura de la Epifisis Inferior del Cubito y del Radio quien inicia tratamiento fisioterapeutico, Se Explica Patologia y se Recomienda 1. Evitar movimientos repetitivos o bruscos de la muñeca y de la mano.
2. No cargar objetos pesados.
3. No dormir sobre la mano afectada.
4. Colocarse paños calientes de 2 a 3 veces al día por 15 minutos.

Diagnostico: Dx.Principal: S526-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA

Pagina: 1 de 2 Imprime: DEOO	Medico: SERNA SERNA MILENA PATRICIA	Firma FISIOTERAPEUTA C.P. 1168-05 Universidad Simon Bolívar
Fecha Sistema: 29/07/2024 Hora: 7:51:01	Cedula: 32.791.658 Registro:	

Resultados y plan



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
CITA FISIOTERAPIA

Atencion:

189

Fecha:

Jul.16/2024

Nombre:	GALLEGO HENAO LUZ MARINA	Edad:	58 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3136289681	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	22105169	Id:	CC	22.105.169	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	11:24		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	Docto Ing:	X88	5308	

** Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: Dx fisioterapéutico deficiencia en el dominio musculo esquelético con patrón g: deficiencia en movilidad articular, desempeño muscular y rango de movimiento asociados a fracturas.

Finalidad: Fuente de información: CUÑADA, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: OTRO TIPO DE ACCIDENTE, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Paciente Controlado: SI, Motivo Finalización: ** NO PRESENTA **.

Conductas: Se envia:

NOTAS DE EVOLUCION - W60 34274 - Jul.17/2024

02 Paciente que ingresa a su segunda terapia fisica, muestra buena respuesta ante los estímulos terapéuticos aplicados. Se Continúa tratamiento en la escalera terapéutica por 10 minutos cada uno. Estiramiento mantenido de los músculos flexores y extensores del codo, la muñeca y dedos de la mano en la pared 10 repeticiones cada uno. Fortalecimiento con ejercicio isométrico con el balón terapéutico de los músculos flexores, extensores, desviación cubital y radial de la muñeca, flexores y extensores de los dedos de la mano 10 repeticiones cada uno. Terminó tratamiento del día de hoy con aplicación de compresa caliente en el hombro izquierdo por 10 minutos. Sale del servicio en buenas condiciones generales.

NOTAS DE EVOLUCION - W60 34367 - Jul.24/2024

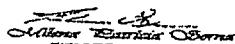
03 Paciente que ingresa a su Tercera terapia fisica, muestra buena respuesta ante los estímulos terapéuticos aplicados. Se Continúa tratamiento en la escalera terapéutica por 10 minutos cada uno. Estiramiento mantenido de los músculos flexores y extensores del codo, la muñeca y dedos de la mano en la pared 10 repeticiones cada uno. Fortalecimiento con ejercicio isométrico con el balón terapéutico de los músculos flexores, extensores, desviación cubital y radial de la muñeca, flexores y extensores de los dedos de la mano 10 repeticiones cada uno. Terminó tratamiento del día de hoy con aplicación de compresa caliente en el hombro izquierdo por 10 minutos. Sale del servicio en buenas condiciones generales.

NOTAS DE EVOLUCION - W60 34458 - Jul.29/2024

04 Paciente que ingresa a su Cuarta terapia fisica, paciente con buena evolucion. Se Continúa tratamiento en la escalera terapéutica por 10 minutos cada uno. Estiramiento mantenido de los músculos flexores y extensores del codo, la muñeca y dedos de la mano en la pared 10 repeticiones cada uno. Fortalecimiento con ejercicio isométrico con el balón terapéutico de los músculos flexores, extensores, desviación cubital y radial de la muñeca, flexores y extensores de los dedos de la mano 10 repeticiones cada uno. Terminó tratamiento del día de hoy con aplicación de compresa caliente en el hombro izquierdo por 10 minutos. Sale del servicio en buenas condiciones generales.

NOTAS DE EVOLUCION - W60 34459 - Jul.29/2024

NOTA: Paciente que Suspende las terapias Fisicas Asignadas por Motivos laborales que le impiden asistir a su proceso de Rehabilitacion. Se hace Nota como constancia de la novedad presentada.

Pagina: 2 de 2 Imprime: DEOO	Medico: SERNA SERNA MILENA PATRICIA	Firma  FISIOTERAPEUTA TP 2158-05 Universidad Simón Bolívar
Fecha Sistema: 29/07/2024 Hora: 7:51:01	Cedula: 32.791.658 Registro:	

Fecha de consulta:

Ficha:

Registro válido

03/04/2025

05756017680300001414

C3

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MARINA

Apellidos: GALLEGO HENAO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22105169

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/04/2023

Última actualización ciudadano:

04/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 22 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Nohelia Cortes Gallego C.C. 43.460.725

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

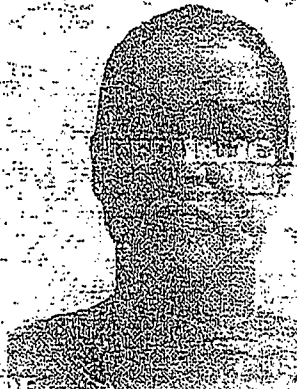
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.460.725**
CORTES GALLEGO

APELLIDOS
NOHELIA

NOMBRES
Nohelia Cortes Gallego

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1970**

SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

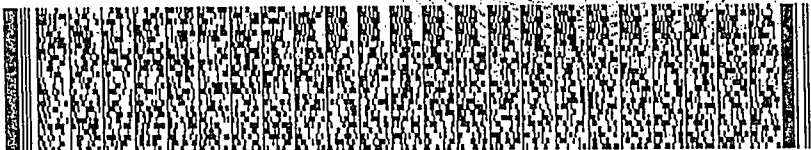
A+
G.S. RH

F
SEXO

27-MAY-1995 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00210156-F-0043460725-20100122 0020212180A 1 2670506789

HISTORIA CLÍNICA

INFORME QUIRURGICO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Nº Historia Clínica:	43460725				
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE					
Identificación:	43460725	Tipo Documento:	Cédula Ciudadanía		
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento:	15/01/1970	Edad Actual:	54 Años / 3 Meses / 14 Días	Edad en la Atención:	54 Años / 3 Meses / 14 Días
Estado Civil:	Casado	Procedencia:	SONSON		
Ocupación:	AMA DE CASA				
Dirección:	01	Teléfono:	3223334836		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S				
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE					
Nombre:	JUAN ESCOBAR	Parentesco:	HIJO		
Dirección:		Teléfono:	3223334836		
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN					
Folio Nº:	12	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39		
Nº Ingreso:	5980271	Fecha Ingreso:	30/04/2024 6:53		
Finalidad Consulta:	No Aplica	Causa Externa:	Enfermedad General		
INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO					
Cirugia de trasplante de órganos:	No				
Fecha y hora de inicio:	30/04/2024 16:22	Fecha y hora finalización:	30/04/2024 17:24		
Tipo anestesia:					
General					
INTERVENCIÓN PRACTICADA					
cuadrante de mama izquierda mas colgajo local de vecindad de 5 a 10cm					
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA Y DE PROCEDIMIENTOS					
Incisión en semiluna, mama izquierda, disección del cuadrante en bloque guiado por el arpón, se reseca hasta la fascia, se marca y se envía a patología, se disecan colgajos, para cubrimiento total del defecto, se insertan clip en el lecho quirúrgico, se infiltra con marcaína, y se afrontan nuevamente los colgajos, cierre por planos, no complicaciones.					
HALLAZGOS OPERATORIOS					
Tumor en mama izquierda entre 8 y 9 del reloj, marcada con arpón. Biopsia previa de carcinoma papilar encapsulado.					
¿Se implantó tejido osteomuscular?:					
TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMÍA PATOLÓGICA					
¿Tejidos enviados a anatomía patológica? Si					
¿Cual(es)?					
cuadrante mama izquierda marcado					
COMPLICACIONES					
¿Complicaciones? No					
CLASIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA					
¿Clasificación de la cirugía? Limpia contaminada					
PROFILAXIS ANTIBIOTICA					
¿Profilaxis antibiótica? Si					
Tipo paciente					
Adulto					
Antibiótico adultos:					
Cefazolina 2 g (3 g para pacientes con peso mayor a 120 kg)					
Refuerzo profilaxis?					
No					

Folio N°:	12	FECHA DE INGRESO DE LA ATENCION	
N° Ingreso:	5980271	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39
Identificación:	43460725	Fecha Ingreso:	30/04/2024
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEG0	Tipo Documento:	Cédula Ciudadanía

MEDICAMENTOS EXTERNOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN TAB 500MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 6 Hora(s) durante 10 Día(s) - tomar una cada 6 horas por 10 días
40 tabletas

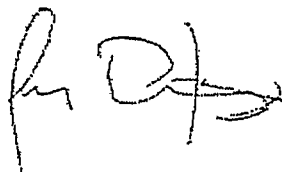
NAPROXENO TAB 250MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 8 Hora(s) durante 10 Día(s) - tomar una cada 8 horas por 10 días
30 tabletas

INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 dias y seguir recomendaciones dadas
Cita control mastologia en 21 dias para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad reposo por 20 dias Hielo local cubierto en toalla los 2
primeros dias Deambulacion temprana No restricciones de dieta Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de
control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono 3126932845 En caso de fiebre, sangrado intenso, salida
de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar inicialmente a los numeros previamente
anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion Leer las las instrucciones antes de la salida En una semana asisitir a la
unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.

Posología: INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA

No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 dias y seguir recomendaciones dadas
Cita control mastologia en 21 dias para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad
reposo por 20 dias
Hielo local cubierto en toalla los 2 primeros dias
Deambulacion temprana
No restricciones de dieta
Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono
3126932845
En caso de fiebre, sangrado intenso, salida de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar
inicialmente a los numeros previamente anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion
Leer las las instrucciones antes de la salida
En una semana asisitir a la unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.



RODRIGEZ GALLEG0 JORGE ALEXANDER

Tarjeta Profesional: 1541-00

Especialidad: GINECOLOGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

UNIDAD FUNCIONAL CANCER DE ADULTO

CONSULTA EXTERNA ONCOLOGIA

Nº Historia Clínica: 43460725

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	43460725	NOHELIA CORTES GALLEG0
Edad en la atención:	54 Años / 8 Meses / 11 Días	Estado Civil:	Casado
Teléfono:	3136202813	Procedencia:	SONSON
Responsable:	JUAN ESCOBAR CORTES	Tel.responsable:	3223334836
Acompañante:	JUAN ESCOBAR CORTES	Dir.responsable:	RIONEGRO
Entidad:	UNION TEMPORAL CONCIENCIA ROSA - RED ONCOLOGICA DE ANTIOQUIA		
Plan/Beneficios:	"UT CONCIENCIA ROSA - ROA" - RUTA CA DE MAMA SAVIA SALUD EPS (SUBSIDIADO)		
FOLIO Nº34	Fecha del Folio:	27/09/2024 14:40	Rango:
Nº Ingreso:	6326659	Fecha:	27/09/2024 13:13
F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

☐ Se adiciona conducta al plan de manejo.

Tiene resultado de patología:

Fecha de diagnostico oncologico:

Estado:

Detalle del folio:

SIGNOS VITALES

PESO: Kg TEMP: C PA: 110/60 FC: 70 /MIN FR: 19 /MIN SATURACION DE OXIGENO: 95 FI02: 21 DOLOR:

EVOLUCION ONCOLOGIA

SUBJETIVO

ONCOLOGIA CLINICA CONTROL

1RA VEZ (24/04/2024) --CONCIENCIA ROSA--
Paciente femenina, 54 años.
Reside en Sonson. Vereda Marmato.
Ama de casa.
Acompañada por Martha Alicia Cortes (Hermana)
EPS Savia Salud.
Telefono 3223334836

Antecedente:
Patología: Dislipemia.
Alergico: Niega.
Quirurgico: Hematoma dorsal.
Toxicos: Niega.
Famillares: Tia estomaga, Tia renal.

HISTORIA ONCOLOGICA

En campaña de tamizaje en su municipio, se evidencia lesion por mamografia y eco mamaria, se detecta nódulo a las 8 del reloj, de 16 mm, se toma biopsia.

IMÁGENES

-08/03/2024 Ecografia de Mama: LIRADS 4A
-21/08/2024 Rx de Torax: Normal
-22/08/2024 Ecografia de abdomen: Esteatosis hepatica moderada. Colelitiasis sin signos de colecistitis. Masa pelvica, no es posible determinar su origen, lesion ecogenica mal definida mide 94x64x67 mm.
-04/09/2024 DMO Normal.
-04/09/2024 RMN DE PELVIS: El útero se encuentra aumentado de tamaño a expensas de lesión intramural. Las medidas del útero son: 10, 8 x 8, 4 x 12, 7 cm. Quistes de Naboth en el cérvix uterino. Canal vaginal de apariencia normal. Lesión intramural, localizada en la pared anterolateral izquierda del útero, que mide 73 x 79 x 97 mm (290 cc). Esta lesión es de predominio sólido, con algunas áreas de componente quístico en su interior, presenta algunas áreas de restricción a la difusión y realza de manera heterogénea con el medio de contraste. Sugiere sugiere mioma con degeneración quística. FIGO 2-5. La cavidad endometrial es de apariencia normal. Grosor endometrial: 13 mm. Se identifica una lesión en el fondo de saco posterior: sólido quístico, con componente de grasa madura, en relación con teratoma pélvico, que mide 47 x 60 x 43 mm (63 cc). El ovario izquierdo es de aspecto normal, mide 22 x 10 x 5 mm (1 cc). El ovario derecho no es visualizado. La vejiga se encuentra comprimida y desplazada en sentido lateral derecho por el útero aumentado de tamaño. Las estructuras vasculares en la pelvis están permeables. No se identifican adenopatías pélvicas.
Conclusión: Masa uterina, sugestiva de mioma con degeneración quística, FIGO 2 - 5, con algunas zonas de restricción a la difusión en su interior. Se recomienda correlación

Información del folio No. 34



-21/08/2024 Hb 13.8, Hto 37.6, Plaquetas 217.000, Leucos 5.140, Neutro 3.000, AST 26.7, ALT 19.6, CT 835, TG 2935, Creat 0.91, BD 0.0, BT 0.36, BI 0.36

MANEJO

-30/04/2024 Cuadranctomia con margenes amplios.

-Radioterapia externa con acelerador lineal según el siguiente esquema: Volumen de tratamiento: PTV: mama izquierda con refuerzo integrado con margenes. Dosis y fraccionamiento: 3100 cGy, con un fraccionamiento de 620 cGy por sesión (5 sesiones a la semana). Duración del tratamiento: entre el 29 de mayo al 7 de junio de 2024

-Tamoxifeno Inicio 15/06/2024, SWITCH con letrozol por aumento de transaminasas inicio 05/09/2024.

S/ Paciente se encuentra asintomatica.

OBJETIVO

Estables condiciones. ECOG 0

Peso: 64Kg.

Mucosas orales humedas sin lesiones.

RscsRs sin soplos. MV conservados no agregados.

Mama izquierda cuadrantectomia areolar. Cicatriz quirurgica sana, no signos de recalda

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpacion.

Extremidades sin edemas, pulsos conservados.

ANALISIS

Paciente femenina, 54 años, Diagnostico carcinoma ductal Invasor, NOS. GH 2, RP positivo, Estadío I (pT1a; pNx).

MANEJO

-30/04/2024 cuadrantectomia con margenes amplios.

-Radioterapia completo el 07/06/2024

-Tamoxifeno Inicio 15/06/2024, SWITCH con letrozol por aumento de transaminasas inicio 05/09/2024.

Paciente con indicacion de HT adyuvante (Tamoxifeno), Radioterapia adyuvante. No tiene Indicacion de QT. Trae Imagenes de extensión con lesion uterina que requiere mejor caracterización con RMN de Pelvis contrastada, se da orden. Adicional trae perfil lipidico con Dislipidemia mixta, con TG muy elevados, podria tratarse de una hipertrigliceridemia familiar, se inicia manejo medico y se cambia Tamoxifeno por Letrozol. Indico formula por 3 meses de Letrozol + Calcio. Se da orden de densitometria osea.

RMN de pelvis (09/2024) que informa Masa uterina, sugestiva de mioma con degeneración quística, FIGO 2 - 5, con algunas zonas de restricción a la difusión en su interior. Teratoma pélvico en el fondo de saco recto uterino. Solicito valoración por Ginecología Oncologica. Cita de control en un mes con resultados. Control con Oncología en 3 meses. Se explica diagnóstico, plan a seguir. Instrucciones, recomendaciones y signos de alarma.

Plan:

1. Letrozol / Calcio Vitamina d.

2. Laboratorio.

3. Valoración por Ginecología Oncologica.

4. Control con Oncología en 3 meses.

EPICRISIS

Se remite a programa de promoción y prevención?

Programa al que se remite:

Número de ciclos de quimioterapia administrados al paciente:

Fecha de inicio

Fecha de finalización

Número de ciclos

Fecha de inicio

Fecha de finalización

Número de ciclos

Antecedentes

Fecha Tipo Antecedente * Detalle

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Diagnósticos Registrados en este folio

Código * Nombre del diagnóstico Según CIE 10

Presuntivo
Clasificación RIPS

Clasificación
Pre/Post QX

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

C509 ☐ TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA

☒ ☐ ☐

Presuntivo

Impresion_Diagnostica No_Corresponde

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Ord. Médicas:

Información del folio No. 34

Jhon Cortes

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756009481200000065

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NOHELIA

Apellidos: CORTES GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43460725

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

08/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

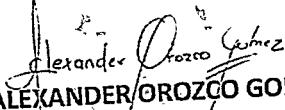
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 23 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Eroilda Álvarez Benavidez C.C. 1.007.299.173
Yiselen Ramírez Álvarez T.I. 1.022.124.203

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)862-4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.299.173

ALVAREZ BENAVIDES

APELLIDOS
EROILDA

NOMBRES

Heroilda Alvarez B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1986
ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O-

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

24-ABR-2006 ARGELIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0100150-00163423-F-1007299173-20090718

0013626766A 1

27469860

23/11/2024

Sonain - Medellin

Revisión Cirujia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.022.124.203
RAMIREZ ALVAREZ

APELLIDOS
YISELEN

NOMBRES

Yiselen

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-2012
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO
11-MAR-2030

FECHA DE VENCIMIENTO
28-ENE-2020 ARGELIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

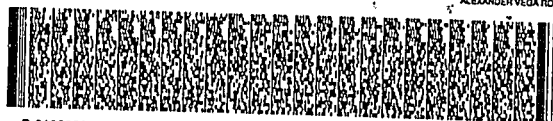
O+

F

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0103900-01140634-F-1022124203-20200611

0070897259A 3 51531554



HOSPITAL
SAN VICENTE
FUNDAÇÃO

YISELEN RAMIREZ ALVAREZ

TI 1022124203

Número: 1641467

Sexo: Femenino

F. Nacimiento: 11.03.2012

Edad: 12 Años

ORDEN CLÍNICA

Página 1 de 1

CONSULTA EXTERNA PRESENCIAL

Fecha registro: 03.11.2024 Hora Registro: 08 : 32 : 17 AM Prioridad: Prioritario

PRESTACIONES

Código	Descripción	F.Preferente
890338	CIRUGIA PEDIATRICA CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO	

DIAGNÓSTICOS

K359	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
------	------------------------------------

OBSERVACIÓN

Cita de revision por cirugía pediátrica en 10 días

Fecha firma: 03.11.2024

Nombre del médico: CORREA RESTREPO JULIETA

Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA

Hora firma: 08 : 32 : 17 AM

Registro médico: 1037613032



YISELEN RAMIREZ ALVAREZ

EPICRISIS

Numero : 1641467
Sexo : Femenino

F. Nacimiento : 11.03.2012
Edad : 12 Años

Página 1 de 5

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

Fecha registro : 02.11.2024
Ubicación : En Urgencias
Estado al ingreso : Vivo

Hora registro : 04:07

ANAMNESIS

Raza : --
Estado civil : --
Ocupación : --
Oficio : --
Fuente de la historia : --
Dominancia : --
Vive solo : --
Motivo de consulta

Sistema de creencias : --
Nivel de escolaridad : --
Empleador/empresa : --

"le dolió aquí"

Enfermedad actual

Paciente femenina de 12 años, quien ingresa como traslado no regulado desde Argelia - Antioquia por cuadro clínico de 20 horas de evolución consistente en dolor abdominal de moderada intensidad (5/10 EAD), que inició en epigastrio y posteriormente migra a fosa iliaca derecha, acompañado de al menos 10 episodios eméticos de contenido alimentario, hiporexia y episodio febril no cuantificado. Niega alteraciones en el hábito intestinal o en el sistema genitourinario. Refiere la madre que dió en casa acetaminofén y remedios caseros. En el sitio de remisión suspenden vía oral, inician control analgésico, realizan paraclínicos y remiten. Paraclínicos extrahistitucionales: - 01.11.24 (11:23 am) Hemograma: Leucocitos 10.2, linfocitos 2.3, hemoglobina 15.6, Hto 43.9%, plaquetas 385.000. PCR 24

REVISION POR SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES

: Regular estado general

'Los demás sistemas no evaluados'

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos

Niega

Alérgicos

Niega

Antecedentes relevantes

Niega

Quirúrgicos

Niega

Hospitalarios

Niega

Reconciliación Medicamentosa

Niega

ESTE ES UN REGISTRO REALIZADO EN FORMA ELECTRÓNICA CUYA FIRMA ESTA AL FINAL DE CADA DOCUMENTO



YISELEN RAMIREZ ALVAREZ

EPICRISIS

Número : 1641467
Sexo : FemeninoF. Nacimiento : 11.03.2012
Edad : 12 Años

Página 2 de 5

Inmunológicos

Refiere PAI completo, no trae carnet

'Los demás antecedentes no evaluados'

Vida sexual activa : No Aplica

ANTECEDENTES GINECOBSTRÉTICOS

Menarquia (edad)	: 0	Telarquia (edad)	: 0
Pubarquia (edad)	: 0		
Gestas y partos			
Abortos	: 0	Ectópicos	: 0
Partos Vaginales			
Esponáneo	: 0	Instrumentado	: 0
Cesáreas	: 0		
Total gestas	: 0		
Datos de planificación			
Método de planificación	: --	Tiempo	: 0
Antecedentes prenatales			
Concepto	: --		

EXÁMEN FÍSICO

CONDICIONES GENERALES

Fecha registro	: 02.11.2024	Hora registro	: 04:19
Aspecto general	: --	Color de la piel	: --
Estado de hidratación	: --	Estado de conciencia	: --
Estado de dolor	: --	Condición al llegar	: --
Orientado en tiempo	: --	Orientado en persona	: --
Orientado en espacio	: --	Posición corporal	: --

SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca	: 70	Lat/min		Ventilación asistida	: --
Frecuencia respiratoria	: 18	Resp/min		SaO2	: 98 % FIO2 : 21 %
Tipo de respiración	: --			Lugar de la toma	: Central
Temperatura	: Normal	36.5	C°		
Glasgow	: --	/15			
Peso	: 35.000	Kg		Ind. masa corp.	: 20.71
Talla	: 130	Cm		Sup. corp. total	: 1.15 m2
Presión arterial	: 102 / 62	mmHg		Modo de toma	: Automática
Presión arterial media	: 75	mmHg		Lugar de toma	: Brazo Derecho
Posición	: Decúbulo				
Pulso	: 70	Pul/min		Estado	: Presente
Ritmo	: --			Lugar de la toma	: Radial Izquierdo
Intensidad	:				

EXÁMEN FÍSICO POR REGIONES

CABEZA

ESTE ES UN REGISTRO REALIZADO EN FORMA ELECTRONICA CUYA FIRMA ESTA AL FINAL DE CADA DOCUMENTO



YISELEN RAMIREZ ALVAREZ

EPICRISIS

Número : 1641467
Sexo : Femenino

F. Nacimiento : 11.03.2012
Edad : 12 Años

Página 3 de 5

Cabeza

Normal Si

Cráneo

Normal Si

Ojos

Normal Si

Oídos

Normal Si

Boca

Normal Si

Hallazgos

Sin deshidratación

CUELLO

Cuello

Normal Si

TORAX

Torax

Normal Si

Hallazgos

Ruidos cardíacos rítmicos sin sobreagregados

ABDOMEN

Abdomen

Anormal Si

Hallazgos

Abdomen blando, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio y fosa iliaca derecha, Blumberg dudoso, rovsing positivo. Sin masas c megalías.

PELVIS

Pelvis

Normal Si

'las demás regiones no evaluadas'

DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y PLAN

DIAGNÓSTICOS

Código : K359

Descripción : APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Tipo : Impresión Diagnóstic

Estado

. En estudio

Causa externa : Enfermedad General

Código : R104

Descripción : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo : Inicial de trabajo

Estado

: En estudio

Plan

Paciente femenina de 12 años, sin antecedentes de importancia, quien ingresa como traslado no regulado desde Argelia - Antioquia por cuadro clínico de 20 horas de evolución consistente en dolor abdominal de moderada intensidad, migratorio, en fosa iliaca derecha, acompañado de múltiples episodios eméticos, hiporexia y episodio febril; a descartar cuadro de apendicitis aguda VS

ESTE ES UN REGISTRO REALIZADO EN FORMA ELECTRÓNICA CUYA FIRMA ESTA AL FINAL DE CADA DOCUMENTO



Número : 1641467
Sexo : Femenino

F. Nacimiento : 11.03.2012
Edad : 12 Años

diferenciales. En paraclínicos realizados en el centro de remisión sin elevación de reactantes de fase aguda y PCR menor de 5. En el momento paciente estable, signos vitales en metas, afebril, abdomen blando, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio y fosa iliaca derecha, Blumberg dudoso, rovsing positivo. Por lo anterior, a descartar cuadro de apendicitis aguda, por lo que se dejará en observación, se solicitan paraclínicos de control, así como ecografía de abdomen y control analgésico. Se explica a la madre quien refiere entender y aceptar. Plan: - Observación - Nada Via oral - LEV Hartman 75cc hora IV - Dipirona 700 mg c/6 horas IV - SS/ Hemoieucograma, PCR, citoquímico de orina, Creatinina. - SS/ Ecografía de abdomen total

Clasificación atención : Urgente
Conducta : Observación

Responsable de la elaboración de la HC de ingreso

Firmó

Fecha : 02.11.2024 Hora : 04:41
Nombre : VALDERRAMA RODRIGUEZ, HECTOR Registro : 6884782004 Especialidad : PEDIATRIA

EVOLUCIÓN MÉDICA Y PACIENTE CRÍTICO

EVOLUCIÓN TIPO: Interconsulta Fecha Registro : 02.11.2024 - Hora Registro : 09:12:19

Análisis de Resultados : Sin resultados nuevos

Plan :

se programa cirugía emergente apendicectomía

Firmó : Fecha : 02.11.2024 - Hora : 09:12:57

Nombre : LINCE VARELA, LUIS FERNANDO Registro : 1376491 Especialidad : CIRUGIA PEDIATRICA

EVOLUCIÓN TIPO: Interconsulta Fecha Registro : 02.11.2024 - Hora Registro : 09:16:19

Análisis de Resultados : Sin resultados nuevos

Plan :

programada cirugía

Firmó : Fecha : 02.11.2024 - Hora : 09:16:45

Nombre : LINCE VARELA, LUIS FERNANDO Registro : 1376491 Especialidad : CIRUGIA PEDIATRICA

EVOLUCIÓN TIPO: Ronda Fecha Registro : 03.11.2024 - Hora Registro : 08:23:11

Análisis de Resultados : Sin resultados nuevos

Plan :

Paciente en posoperatorio de Apendicectomía por apendicitis no complicada. Adecuada evolución clínica, tolerando vía oral, dolor controlado. Se decide dar de alta con recomendaciones y signos de alarma, incapacidad, fórmula analgésica, cita de revisión. Madre dice entender y aceptar.

Firmó : Fecha : 03.11.2024 - Hora : 08:27:11

Nombre : CORREA RESTREPO, JULIETA Registro : 1037513032 Especialidad : CIRUGIA PEDIATRICA

EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICOS

Código	: K359	Fecha	: 02.11.2024
Descripción	: APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA		
Tipo	: Inicial de trabajo	Estado	: Confirmado
Código	: R104	Fecha	: 02.11.2024
Descripción	: OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS		
Tipo	: Inicial de trabajo	Estado	: En estudio

MEDICAMENTOS

ESTE ES UN REGISTRO REALIZADO EN FORMA ELECTRÓNICA CUYA FIRMA ESTA AL FINAL DE CADA DOCUMENTO

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05055001582100000314

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YISELEN

Apellidos: RAMIREZ ALVAREZ

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1022124203

Municipio: Argelia

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

04/12/2018

Última actualización ciudadano:

17/08/2021

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

AIDA LUZ GUTIERREZ TABARES

Dirección:

Carrera 30 No 30 - 20

Teléfono:

8650077 Extensión 18 - 3108828385

Correo Electrónico:

sisben@argelia-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSON
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

FECHA: 26 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Sergio Andrés Montoya Marín C.C. 71.750.001

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 71.750.001

MONTOYA-MARIN

APELLIDOS

SERGIO ANDRES

NOMBRES

ANDRES MONTOYA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1974

RIONEGRO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

29-ENE-1993 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00535910-M-0071750001-20140113

0036586777A

41684649



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 25509604

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2024-06-07

HORA: 12:00

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

CODIGO

EPSS40

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre

Tipo Documento

Número documento

FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA

NI

890981374

Código

050010115001

Telefono 1

6043227545

Correo

citasweb@neurologico.org.co

Teléfono 2

3233240408

Dirección

Calle 55 # 46 - 36

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

MEDELLÍN

DATOS DEL PACIENTE

MONTOYA

MARIN

SERGIO

ANDRES

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De Identificación

CC

Número documento de identificación

71750001

Fecha de nacimiento

1974-10-31

Dirección de Residencia Habitual

CL 6 11-20

Teléfono

6047367300

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

SONSON

Teléfono celular

3112734270

Correo electrónico

silviaelena_mm@yahoo.com

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio

Dolor y Cuidados Paliativos (Consulta Ext)

Diagnostico Principal

M544 - Lumbago con ciática

Cama

Manejo integral según Guía de

Código CUPS

Cantidad

Descripción

890343

1

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Observación

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN

20562685

Fecha

2024-06-07

Hora

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

0 %

Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:

573

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador:

Aplica cobro: SI

Cuota

Cuota de

Valor en pesos

Porcentaje %

Copago

Exento cobro

0

0 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Cargo o actividad

Sistema

AUTORIZADOR SAVIASALUD

Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas

La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días

Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS

018000423683

Tenga en cuenta las PREPARACIONES o no será atendido
Citas 1

Miércoles

27

noviembre
2024

4:30 pm

Usuario:

SERGIO ANDRES MONTOYA
MARIN

Servicio:

Consulta Medico
Experto Dolor y
Cuidados Paliativos

Profesional:

Eduard Martinez

Tipo de cita:

Presencial

Sede:

Consulta Externa
Medellín



Este código contiene los datos de
tu cita.

Muéstralo cuando te lo pidan

Documento: 71750001

Recomendaciones

1. Por el alto flujo vehicular, calcula la llegada a la institución una hora antes de la cita programada.
2. Contar con la autorización vigente dirigida al Instituto Neurológico de Colombia.
3. Contar con la Historia Clínica donde está justificada la remisión del paciente a esta especialidad.
4. Traer el documento de identidad.
5. Traer fotocopia del fallo de tutela en caso de ser necesario.
6. Contar con los resultados de exámenes relacionados con la consulta. Si no los tiene para la fecha de la cita por favor cancele y re programe su consulta
7. En caso de pacientes menores de edad y adultos mayores, deben estar acompañados de un adulto responsable que conozca de la condición clínica del paciente.
8. Traer el valor del copago que le registra la autorización.
9. Para modificar esta cita debe llamar al (604) 322 75 45 o WhatsApp 323 324 04 08.
10. Señor usuario, Si está de acuerdo con las condiciones señaladas anteriormente continúe con la cita, de lo contrario, puede cancelar su cita desde el botón CANCELAR y reprogramarla.



Instituto
Neurológico
de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
(ANEXO TECNICO 3)

NUMERO DE SOLICITUD: 00868448

FECHA: 2024-05-29

HORA: 16:45

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA

Código: 050010115001

Dirección: Calle 55 No 46 - 36

NIT: 890.981.374-7

Teléfono: 4 - 576 66 66

Departamento: ANTIOQUIA

05

Municipio: MEDELLIN

001

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (Pagador)

CODIGO: NO APLICA

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS

DATOS DEL PACIENTE

MONTOYA

1er Apellido

MARIN

2do Apellido

SERGIO

1er Nombre

ANDRES

2do Nombre

Tipo de Documento: Cedula ciudadania

Fecha de Nacimiento: 1974-10-31

Número: 71750001

Dirección de Residencia: SONSON

Departamento: ANTIOQUIA

05

Teléfono: 8691464

Municipio: SONSON

756

Correo electrónico:

Cobertura en salud: Regimen Subsidiado - Total

Teléfono Celular:

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención: Enfermedad general

Prioridad de la Atención: Prioritaria

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Servicio: Clinica del dolor

Cama:

Manejo Integral Segun Guía: Anexo 6 Atención En Enfermedad Cerebro Vascular

Código CUPS	Cantidad	Descripción
890343	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (CUPS: 890343) (OBSERVACIONES: En 6 meses)

Justificación Clínica:

Paciente con dolor lumbar cronico de 2 años de evolucion . ha requerido hospitalizacion en HHUSVP en el cual se diagnositico síndrome facetario lumbar por lo que se realizo bloqueo de ramos mediales se retifica que mejor durante 15 dias un 70%.

Refiere dolor centro axial con irradiación a MMII princilamete MII, dolor constante en región axial

IRM Espondilosis, osteocondrosis y artrosis facetaria.

Abombamientos discales difusos L3-L4, L4-L5 y L5-S1. Moderada estenosis foraminal derecha L4-L5 e izquierda L5-S1

Paciente con obesidad que ocasiona una importante sobrecarga axial y articular que exacerba su dolor, el pilar fundamental del tratamiento es un plan de actividad física diaria de bajo impacto, progresivamente gradual en tiempo e intensidad y un regimen dietario acorde con su condiciones para disminuir el desacondicionamiento físico, mejorar es estado cardiovascular y disminuir el peso. Los medicamato son una ayuda para el tratamiento que buscan aliviar el dolor y los síntomas acompañante. El paciente debe modificar su estilo de vida y hábitos perjudiciales para lograr las metas del tratamiento

Fue evaluado por nutrición

Refiere predominio de síntomas sensitivos en MID

Paciente no cumple metas de reducción de peso

Intervenciones Analgesico

* Bloqueo de ramos mediales Lumabares el 1 feb /2021 con mejoría de un 70% por 15 dias

* Bloqueo transforaminal L5-S1 izquierdo con guía fluoroscopica 24/03/23. Refier mejoría del dolor enun 80%

* Tratamiento analgésico Farmacológico actual:

Pregabalina 75 mg am y 150 pm

Acetaminofen 500 mg : tomar 2 tab cada 12 horas

IDx

Dolor lumbar crónico

Obesidad Grado 2 IMC 36.4 peso normal 77.8 Kg

Antiagregado crónicamete con ASA (IAM)

Plan:

* Pregabalina 75 mg am y 150 pm

* Acetaminofen 500 mg : tomar 2 tab cada 12 horas Por dolor agudo

* Cita en 6 meses

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN ATENCION

Paciente: SERGIO ANDRES MONTOYA MARIN - Cedula ciudadania 71750001
- Id. Paciente 989385

Edad: 49 Años - Sexo Masculino - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS ** SAVIA SALUD
PLAN SUBSIDIADO MEDELLIN **

<<<< Consulta médico general - Experto Dolor - 29/05/2024 15:52:22 >>>>

IMC: 36.80 Superficie Corporal: 2.27

Especialidad: Medico General de Enlace

Finalidad de la Consulta: Detección de alteraciones del adulto

* Diagnóstico:

- Lumbago con ciática (M544)
obs:
- Obesidad debida a exceso de calorías (E660)
obs:
- Trastorno de ansiedad generalizada (F411)
obs:

* Motivo de la Consulta:

- Edad: 49 años
- Procedencia: Sonsón

* Enfermedad Actual:

- Paciente con cuadro clínico de dolor lumbar crónico de 2 años de evolución. ha requerido hospitalización en HUSVP en el cual se diagnóstico síndrome facetario lumbar por lo que se realizo bloqueo de ramos mediales sin ningun efecto e incluso con efecto nocebo. Refiere irradiación a miembros inferiores con pérdida de la fuerza y calambres bilaterales, con predominio sobre miembro inferior derecho con sensación de calambres hasta el hallux derecho

Revisión por sistemas:

* no refiere

Antecedentes personales

Patologicos: Obesidad, falla cardiaca, IAM hace 3 años. EPOC, hipertrigliceridemia.

Medicamentos: Tramadol

Alergicos: No refiere

Habitos tabaquismo activo

Quirurgicos: herniorrafia inguinal bilateral

Imágenes:

RMN 2019

historia clinica reporta artrosis facetaria : no otro hallazgo

I.R.M DE COLUMNA LUMBAR SIMPLE 2022-04-01

Espondilosis, osteocondrosis y artrosis facetaria.

Abombamientos discales difusos L3-L4, L4-L5 y L5-S1. Moderada estenosis foraminal derecha L4-L5 e izquierda L5-S1

* Objetivo

- Examen Físico
- Buen tono y trofismo muscular

Fuerza 5/5 simétrica

ROT ++/+++ simétricos adecuados, sin clonus

Sensibilidad conservada simétricamente

Sin compromiso de esfínteres

Marcha adecuada, independiente

Sin signos de irritación radicular

Axial: dolor dolor a la roto extensión axial lumbar bilateral

* Signo Vitales

* (T.A Sistólica = 140 mmHg)

* (T.A Diastólica = 80 mmHg)

* (Frecuencia Cardiaca = 86 Lat/min)

* (Frecuencia Respiratoria = 17 Resp/min)

* (Talla = 176 cm)

* (Peso = 114 Kg)

requerido hospitalización en HUSVP en el cual se diagnóstico síndrome facetario lumbar por lo que se realizó
bloqueo de ramos mediales sin ningún efecto e incluso con efecto placebo. Refiere irradiación a miembros
inferiores con pérdida de la fuerza y calambres bilaterales, con predominio sobre miembro inferior derecho con
sensación de calambres hasta el hallux derecho

Revisión por sistemas:
* no refiere

Antecedentes personales

Patológicos: Obesidad, falla cardíaca, IAM hace 3 años. EPOC, hipertrigliceridemia.

Medicamentos: Tramadol

Alergicos: No refiere

Habitos tabaquismo activo

Quirúrgicos: herniorrafia inguinal bilateral

Imágenes:

RMN 2019

historia clínica reporta artrosis facetaria: no otro hallazgo

I.R.M DE COLUMNA LUMBAR SIMPLE 2022-04-01

Espondilosis, osteocondrosis y artrosis facetaria.

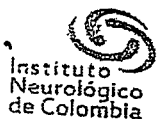
Abombamientos discales difusos L3-L4, L4-L5 y L5-S1. Moderada estenosis foraminal derecha L4-L5 e izquierda L5-S1

Impresión Diagnóstica	CIE10	Descripción
Diagnostico principal	M544	LUMBAGO CON CIATICA
Diagnostico relacionado	E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS
Diagnostico relacionado	F411	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa: EDUARD ALFREDO MARTINEZ SEVERICHE
Cargo o actividad: Médico General - RM:5-2097-06

Teléfono: 4-576 66 66
Teléfono Celular: 313 652 12 64



Fundación Instituto Neurológico de Colombia

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN ATENCION

Paciente: SERGIO ANDRES MONTOYA MARIN - Cedula ciudadania 71750001
- Id. Paciente 989385
Edad: 49 Años - Sexo Masculino - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS ** SAVIA SALUD
PLAN SUBSIDIADO MEDELLIN **

Médico Tratante

Doctor: EDUARD ALFREDO MARTINEZ SEVERICHE
Reg. Médico: 5-2097-06

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756017680300000524

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SERGIO ANDRES

Apellidos: MONTOYA MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 71750001

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/09/2024

Última actualización ciudadano:

12/09/2024

Última actualización vía registros administrativos:

17/09/2024

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización trasporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín- Sonsón

FECHA: 26 de Noviembre de 2024 .

NOMBRE DE LA PERSONA: Valentina Henao Gallego T.I. 1.047.966.482

Alanna Paulette Ortiz Henao NUIP 1.033.343.536

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 8 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Rúiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.047.966.482
HENAO GALLEGO
APELLIDOS VALENTINA
NOMBRES

Valentina Henao

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-2006
SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO 13-DIC-2024

FECHA DE VENCIMIENTO 17-DIC-2013 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

O+ F
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0126200-00567977-F-1047966482-20140427 1038254376A 2 41662771

NUIP 1.033.343.536

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Indicativo 61546735
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A Y N
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURÍA DE AMAGA - COLOMBIA - ANTIOQUIA - AMAGA

Datos del inscrito

ORTIZ	Primer Apellido	HENAO	Segundo Apellido
ALANNA PAULETTE	Nombre(s)		
2024	Fecha de nacimiento	25	Sexo (en letras) FEMENINO
Año	Mes	Día	Grupo sanguíneo POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN			

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo 24046310948582
---	---

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

HENAO GALLEGO VALENTINA

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) TI 1.047.966.482

Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

ORTIZ ALVAREZ ANDRES FELIPE

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.033.343.300

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

HENAO GALLEGO VALENTINA

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) TI 1.047.966.482

Firma valentina Henao G

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de Inscripción

Año 2024 Mes MAY Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza NATALIA ANIBELA OCHOA JITEGA - REG

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Andres Ortiz

Natalia A. Ochoa O

08.MAY.2024 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS TOMO 4 FOLIO 123

Natalia A. Ochoa O.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

IDENTIFICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1033343536	
Paciente: ALANNA PAULETTE ORTIZ HENAO	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 25/04/2024	
Edad y género: 5 Meses, Femenino	
Identificador único: 962774	Financiador: NUEVA EPS

NOTAS MÉDICAS

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: 04/10/2024 11:00 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA

Consulta médica - Tratante - PATOLOGIA INFECCIOSA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Control
Causa externa: OTRA

Finalidad: NO APLICA

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Alanna Ortiz
5 meses
Viene en compañía de su madre
Residente en Andes

Paciente de 5 meses conocida, con antecedente de exposición perinatal a toxoplasmosis gestacional. La madre recibió espiramicina desde las 14 sem. serologías toxo IgM 23/11/23 positiva, test de avidez baja, toxo IgM e IgG positivos 22/12/24, ecos gestacionales normales excepto bajo peso. RNAT PAEG con serologías toxo IgG e IgM positivas, con diagnóstico de toxo congénita e inician tto con pirimetamina sulfadiazina.

Antecedentes personales:

Madre de 27 años con parto en C. del Prado, peso 2117g hospitalizada por 8 días

Medicamentos:

TMP 10mg/kg/día cada 12 horas x 1 semana
Ac folínico 5mg/ml 1 ml 3 veces a la semana
Pirimetamina 2mg/ml 1.5 ml cada 24 horas + Sulfadiazina 100 mg/ml 1.5 ml cada 12 horas

Vacunación PAI completo hasta los 2 meses

Vive con la madre, abuela y tíos todos sanos

Enfermedad actual: Datos del parto

C del prado, PVE, peso 2177g, talla 43 cm, Apgar 9/10 con RCIU, hospitalizada por 8 días

Paraclínicos

23/09/24: Toxo IgG 95.7 UI/ml positivo en descenso, IgM 0.03 negativa
AST 76, 9, ALT 59.4

18/07/24 toxo IgG 1000 positiva, IgM 0.06 EIA, IgA 1.0 negativas

23/05/24: Hb 13

21/05/24: Toxo IgG 500 positivo - IgM 0.02 negativa

26/04/24 Tamizaje auditivo paso bilateral

26/04/2024 Eco cerebral normal

23/05/24 Retina normal

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:

Cabeza

Cráneo : Normal

Fontanela : Normal

Cara : Normal

Ojos : Normal

Oídos : Normal

Nariz : Normal

Boca : Normal

Cuello

Otra Región Cuello : Normal

Cardiopulmonar

Pulmones : Normal

Corazón : Normal

Caja Torácica : Normal

Abdomen

Superior : Normal

Inferior : Normal

Extremidades

Firmado electrónicamente

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756017680300001283

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALANNA PAULETTE

Apellidos: ORTIZ HENAO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1033343536

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

26/10/2018

Última actualización ciudadano:

04/06/2024

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

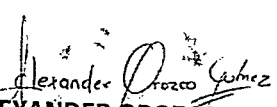
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 26 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Nohelia Cortes Gallego C.C. 43.460.725

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruizy Zapata"
Teléfono: +57(4)869-4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820.
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.460.725**

CORTES GALLEGO

APELLIDOS

NOHELIA

NOMBRES

Nohelia Cortés Gallego

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1970**

SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

27-MAY-1995 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00210156-F-0043460725-20100122

0020212180A 1

2670506789

HISTORIA CLÍNICA

INFORME QUIRURGICO - GINECOLOGIA ONCOLOGICA

21/42

Nº Historia Clínica:	43460725				
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE					
Identificación:	43460725	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía		
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento:	15/01/1970	Edad Actual:	54 Años / 3 Meses / 14 Días	Edad en la Atención:	54 Años / 3 Meses / 14 Días
Estado Civil:	Casado	Procedencia:	SONSON		
Ocupación:	AMA DE CASA				
Dirección:	01	Teléfono:	3223334836		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S				
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE					
Nombre:	JUAN ESCOBAR	Parentesco:	HIJO		
Dirección:		Teléfono:	3223334836		
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN					
Folio Nº:	12	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39		
Nº Ingreso:	5980271	Fecha Ingreso:	30/04/2024 6:53		
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General		
INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO					
Cirugia de trasplante de órganos:	No				
Fecha y hora de inicio:	30/04/2024 16:22	Fecha y hora finalización:	30/04/2024 17:24		
Tipo anestesia:					
General					
INTERVENCIÓN PRACTICADA					
cuadrante de mama izquierda mas colgajo local de vecindad de 5 a 10cm					
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA Y DE PROCEDIMIENTOS					
Incisión en semiluna, mama izquierda, disección del cuadrante en bloque guiado por el arpon, se reseca hasta la fascia, se marca y se envía a patología, se disecan colgajos, para cubrimiento total del defecto, se insertan clip en el lecho quirúrgico, se infiltra con marcaina, y se afrontan nuevamente los colgajos, cierre por planos, no complicaciones.					
HALLAZGOS OPERATORIOS					
Tumor en mama izquierda entre 8 y 9 del reloj, marcada con arpon. Biopsia previa de carcinoma papilar encapsulado.					
¿Se implantó tejido osteomuscular?:					
TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMÍA PATOLÓGICA					
¿Tejidos enviados a anatomía patológica? Si					
¿Cual(es)?					
cuadrante mama izquierda marcado					
COMPLICACIONES					
¿Complicaciones? No					
CLASIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA					
¿Clasificación de la cirugía? Limpia contaminada					
PROFILAXIS ANTIBIOTICA					
¿Profilaxis antibiótica? Si					
Tipo paciente					
Adulto					
Antibiótico adultos:					
Cefazolina 2 g (3 g para pacientes con peso mayor a 120 kg)					
Refuerzo profilaxis?					
No					

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

18/11/2024 Sonstha-lo aya
la aya- sonstha.
19/11/2024

INFORMACION DE LA ATENCION			
Folio N°:	12	Fecha Folio:	30/04/2024 17:39
N° Ingreso:	5980271	Fecha Ingreso:	30/04/2024
Identificación:	43460725	Tipo Documento:	Cédula Ciudadanía
Nombre Paciente:	NOHELIA CORTES GALLEGO		

MEDICAMENTOS EXTERNOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN TAB 500MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 6 Hora(s) durante 10 Día(s) - tomar una cada 6 horas por 10 días
40 tabletas

NAPROXENO TAB 250MG

Posología: 1 COMPRIMIDOS cada 8 Hora(s) durante 10 Día(s) - tomar una cada 8 horas por 10 días
30 tabletas

INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 días y seguir recomendaciones dadas Cita control mastologia en 21 días para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad reposo por 20 días Hielo local cubierto en toalla los 2 primeros días Deambulacion temprana No restricciones de dieta Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono 3126932845 En caso de fiebre, sangrado intenso, salida de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar inicialmente a los numeros previamente anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion Leer las las instrucciones antes de la salida En una semana asisitir a la unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.

Posología: INDICACIONES POP DE CUADRANTECTOMIA

No retirar aposito ni mojar herida quirurgica hasta dentro de 7 días y seguir recomendaciones dadas Cita control mastologia en 21 días para evaluacion de patologia solicitar cita en la unidad reposo por 20 días

Hielo local cubierto en toalla los 2 primeros días

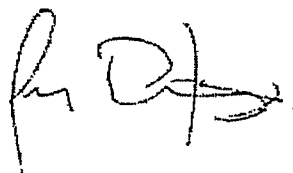
Deambulacion temprana

No restricciones de dieta

Llamar a la jefe cristina en 1 semanas para cuadrar citas de control al 3105127509 o a lilia guzman al telefono 3127702426 o sebastian al telefono 3126932845

En caso de fiebre, sangrado intenso, salida de material purulento, dolor intenso, malestar general o si ve la herida con signos de infeccion llamar inicialmente a los numeros previamente anotados o dirigirse al servicio de urgencias de la institucion Leer las las instrucciones antes de la salida

En una semana asisitir a la unidad funcional para evaluacion de herida por personal de enfermeria , llamar a solicitar la cita.



RODRIGEZ GALLEGO JORGE ALEXANDER

Tarjeta Profesional: 1541-00

Especialidad: GINECOLOGIA ONCOLOGICA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

UNIDAD FUNCIONAL CANCER DE ADULTO

CONSULTA EXTERNA MASTOLOGIA

Nº Historia Clínica: 43460725

Datos personales del Paciente

Paciente:	Cédula_Ciudadanía	43460725	NOHELIA CORTES GALLEGO	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	15/01/1970
Edad en la atención:	54 Años / 5 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Casado	Dirección:	VEREDA MÁRMATO		
Teléfono:	3223334836	Procedencia:	SONSON	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	JUAN ESCOBAR CORTES	Tel.responsable:	3223334836	Dir.responsable:	RIONEGRO	Parentesco:	HIJO
Acompañante:	JUAN ESCOBAR CORTES	Tel. Acompañante:	3223334836				
Entidad:	UNION TEMPORAL CONCIENCIA ROSA - RED ONCOLOGICA DE ANTIOQUIA						
Plan Beneficios:	"UT CONCIENCIA ROSA - ROA" - RUTA CA DE MAMA SAVIA SALUD EPS (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO Nº 30		Fecha del Folio: 09/07/2024 07:36					
Nº Ingreso:	6136918	Fecha:	09/07/2024 07:26	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Detalle del folio:

EVOLUCIÓN

SIGNOS VITALES

Peso:
Presión Arterial:
Frecuencia Respiratoria:
Fracción Inspirada de Oxígeno:

Temperatura:
Frecuencia Cardíaca:
Saturación de Oxígeno:
Dolor: 0

SUBJETIVO

CONCIENCIA ROSA--
Paciente femenina, 54 años.
Reside en Sonson. Vere a Marmato.
Ama de casa.
Acompañada por Martín Alicia Cortes (Hermana)
EPS Savia Salud.
Telefono 3223334836

Antecedente:
Patología: Dislipemia
Alergico: Niega.
Quirúrgico: Hematoma dorsal.
Toxicos: Niega.
Familiares: Tía estomago, Tía renal.

HISTORIA ONCOLOGICA

En campaña de tamizaje en su municipio, se evidencia lesión por mamografía y eco mamaria, se detecta nódulo a las 8 del reloj, de 16 mm, se tomó biopsia.

IMAGENES

-08/03/2024 Ecografía de Mama BIRADS 4A

PATOLOGIA

26/03/2024 Biopsia TRUCUT, COSECUATIVO PATOLOGÍA: 055893

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

Se observan fragmentos con una lesión atípica de arquitectura papilar, la cual está revestida por una cápsula fibrosa gruesa sin evidencia histológica de células mioepiteliales a la coloración de rutina. Los hallazgos son compatibles con una lesión papilar con atipia cuya clasificación se debe realizar en espécimen de resección. No identifico microcalcificaciones. No identifico áreas de necrosis.

Se solicita complementar estudio con Inmunohistoquímica para RE, RP, CK 5/6, P63 y MCP.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

MAMA IZQUIERDA; BIOPSIA: Lesión papilar con atipia.

PATÓLOGO RESPONSABLE: CYNTHIA DELGADO SOTO. REG. 05-2120-07

Información del folio No. 30

Página: 1/3

Fecha Impresión: martes, 09 julio 2024

Usuario Impresión: 1113654559

iones, cirugía oncológica, Carcinoma microinvasor, T1a, M0, protocolo sound, inicio tamoxifeno, control en 4 meses con eco mamaria y eco tv por continuar con al a pesar de tener 54 años.

¿seguir tratando el paciente? NO

Antecedentes

* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha Tipo Antecedente * Detalle



Diagnósticos Registrados en este folio

** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind	DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle u Observaciones médicas
CIE10								
C509	☐ TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA	☒	☐	☐	Presuntivo	Impresión Diagnóstica	No Corresponde	

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Ord. Médicas:

Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
881201	881201 - ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1	Rutinario	En 4 meses, control ca de mama.
881401	881401 - ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	1	Rutinario	En 4 meses, control ca de mama.sangrado vaginal Irregular

Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
890355	890355 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA	1	Rutinario	En 4 meses, control ca de mama.

Información del folio No. 30

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756009481200000065

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NOHELIA

Apellidos: CORTES GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43460725

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

08/11/2018

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

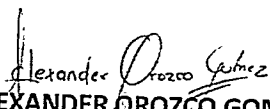
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

FECHA: 26 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Teresa De Jesús Saldarriaga de Cardona C.C.
22.096.981

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfonos: 57(4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22.096.981**

SALDARRIAGA De CARDONA

APELLIDOS
TERESA DE JESUS

NOMBRES

Teresa de Jesus Saldarriaga de Cardona

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-1942**

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 **A+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

10-NOV-1988 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00032303-F-0022096981-20080728 0001526770A 1 2460005303



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 25720318

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2024-06-26

HORA: 05:57

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RIONEGRO)			NI	890907254	
Código	056150137601		Telefono 1	6045313700	
Correo	bienestarsocial@hsjdeserionegro.com		Telefono 2		
Dirección					
Carrera 48 # 56 - 59					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
SALDARRIAGA		DE CARDONA		TERESA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		TERESA		DE JESUS	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	22096981		Fecha de nacimiento
1942-10-11		Dirección de Residencia Habitual		CL 7R BIS ESTE 8V BIS	
Teléfono		6048694066		Departamento	
ANTIOQUIA		Municipio		SONSON	
Telefono celular	3113300326		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
882317	1	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES			
Observación	2024-06-19				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		20673370		Fecha	2024-06-20
Hora					
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				1003	
Reclamo de ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	Exento cobro	0.00		0.00 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
Igarciar (LISETH GARCIA RESTREPO)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



REPUBLICA DE COLOMBIA

Resolución 003047 14 AGO 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO INFORME:

W93
273697

Fecha:

Jun.19/2024

Hora:

09:01

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Código:

057560238401

Dirección:

CALLE 16 No 7-181

Nit:

890.980.003-5

Teléfono:

8695050

Fax:

8695050

Departamento:

ANTIOQUIA

Código:

05

Municipio:

SONSON

Código:

766

Código:

EPSS40

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA
(PAGADOR):

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:

SALDARRIAGA

2do. Apellido:

DE CARDONA

1er Nombre:

TERESA

2do. Nombre:

DE JESUS

Tipo de Documento:

CEDULA

No. Documento

22.096.981

Fecha de Nacimiento:

Oct.11/1942

Edad:

81 Años

Sexo:

FEMENINO

Dirección Residencia

CARRERA 1 3-31 EL CARMELO

Teléfono:

3113300326

Departamento:

ANTIOQUIA

Código:

05

Municipio:

ANTIOQUIA

Código:

766

Cobertura en Salud:

SUBSIDIADO-0

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:

ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Servicios
solicitados:

SERVICIOS ELECTIVOS

Prioridad de la atención:

NO PRIORITARIA

Servicio:

MEDICA GENERAL

Ubicación del paciente al momento de
la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

Cama:

Manejo Integral Según Guía:

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890366	1	CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA
2	890306	1	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA
3	882333	1	DUPLEX SCANNING DE VASOS VENOSOS DE MI

Justificación Clínica:

FEMENINO DE 81 AÑOS, QUIEN CONSULTA A CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS POR DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DM TIPO 2 NO IR, GASTRITIS CRÓNICA, REFIERE POCA TOLERANCIA GÁSTRICA AL LOSARTAN, PARTE DE LA FÓRMULA NO DISPENSADA POR EPS, EN EL MOMENTO ASINTOMÁTICO. SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, CON SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN EL EXAMEN FÍSICO; LOS PARACLÍNICOS ESTÁN EN RANGOS NORMALES, HB1A EN METAS. ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL.

PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES POR FUERA DE METAS, SE OPTIMIZA DOSIS DE CALCIOANTAGONISTA, COMENTA POCA TOLERANCIA AL ARAI, YA INTENTÓ MANEJO CON IECA SIN EMBARGO PRESENTÓ EFECTOS ADVERSOS (TOS), SE INTENTA MANEJO CON VALSARTAN. NO HA SIDO VALORADA POR MEDICINA INTERNA NI NUTRICIÓN POR LO QUE SE SOLICITA, CITA DE CONTROL EN 3 MESES. PACIENTE CON GRANDES CORDONES VARICOSIS DE MIEMBROS INFERIORES, HIPERPIGMENTACIÓN PERIMALEOLAR CRÓNICA, MANIFIESTA DOLOR Y SENSACIÓN DE PESADEZ DE MIEMBROS, SE SOLICITA ECOGRAFÍA DOPPLER PARA DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA VENOSA

SE ENFATIZA LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTOS TODOS LOS DÍAS, Y HACER LAS MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR; ESTO INCLUYE COMER UNA DIETA SALUDABLE PARA EL CORAZÓN, EJERCICIOS AERÓBICOS REGULARES, MANTENER EL PESO CORPORAL DESEABLE Y EVITAR LOS PRODUCTOS DE TABACO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnostico principal:

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Código CIE10:

I10X

Diagnostico relacionado 1:

DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACI

Código CIE10:

E149

Diagnostico relacionado 2:

** NO PRESENTA **

Código CIE10:

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:

CORTES LOPEZ LINA MARIA

Registro Medico:

1214747831

Teléfono:

8695050

Cargo o Actividad:

MEDICO GENERAL

Teléfono Celular:

Firma

Dra Lina María Cortes López
Medicina General
C-1214747831
Lina Cortes Lopez

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756025580400000016

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: TERESA DEJESUS

Apellidos: Saldarriaga Cardona

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22096981

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/10/2018

Última actualización ciudadano:

25/10/2018

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
3	Tres	Sonsón- Medellín
3	Tres	Medellín- Sonsón

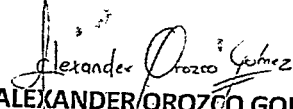
FECHA: 28 de Noviembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Luz Adriana Ramírez Carmona C.C. 1.047.967.590

Dulce María Betancur Ramírez NUIP 1.035.986.453

Jesús Alberto Betancur Valencia C.C. 1.054.558.917

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Rúiz y Zapata"
Teléfonos: +57 (5) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58402934

NUIP 1035986453

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código B 2 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - ANTIOQUIA - ITAGÜÍ

Datos del inscrito

Primer Apellido

BETANCUR

Segundo Apellido

RAMIREZ

Nombre(s)

DULCE MARIA

Fecha de nacimiento

Año 2020

Mes JUL

Día 09

Sexo (en letras)
FEMENINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

6083925-3

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

RAMIREZ CARMONA LUZ ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.047.967.590

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

BETANCUR VALENCIA JESUS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.054.558.917

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BETANCUR VALENCIA JESUS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.054.558.917

Firma

Jesus Alberto Betancur

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Azulena

27 marzo 2020

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2020

Mes AGO

Día 05

Nombre y firma de funcionario que autoriza

DARIO MARTINEZ SANCHEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento

DARIO MARTINEZ SANCHEZ

Nombre y firma

Firma

Jesus Alberto Betancur

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO 238 - LIBRO DE VARIOS TOMO 0098 FOLIO 297 - INSCRIPCION DEL REGISTRO

VIRTUD DE LA LEY 1395 DEL 2010 ART 118 - SE EXIME DE HUELLAS PLANTADAS

INSCRITO MEDIANTE CIRCULAR NRO. 037 DEL 27/MAR/2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

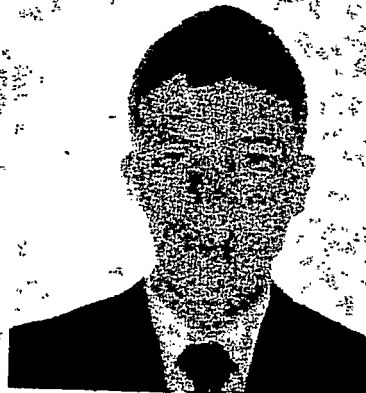
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.054.558.917
BETANCUR VALENCIA

APELLIDOS
JESUS ALBERTO

NOMBRES

Jesus d. Betancur



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1991

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

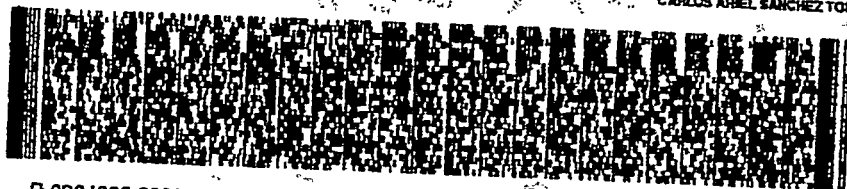
SEXO

10-MAY-2011 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-0904900-00308035-M-1054558917-20110617

0027250840A 1

28916912

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.967.590

RAMIREZ CARMONA

APELLIDOS

LUZ ADRIANA

NOMBRES

Adriana Ramirez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 31-MAY-1990

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

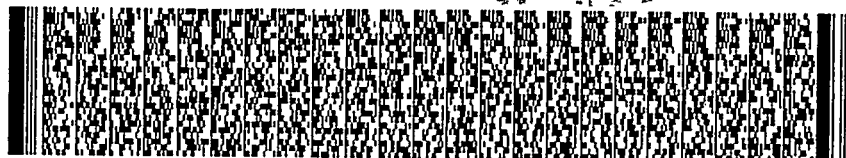
F

SEXO

10-JUL-2008 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0126200-00155924-F-1047967590-20090508

0011361670A 1

27556316



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DISECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 26921973

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2024-10-07

HORA: 02:58

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.

CODIGO

EPSS40

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre

Tipo Documento

Número documento

CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN

NI

900625317

Código

050011313101

Teléfono 1

6045906902

Correo

agendate@corporacionhlc.org

Teléfono 2

3102530161

Dirección

Calle 72 A # 48 A - 70

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

MEDELLIN

DATOS DEL PACIENTE

BETANCUR

RAMIREZ

DULCE

MARIA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De Identificación

RC

Número documento de identificación

1035986453

Fecha de nacimiento

2020-07-09

Dirección de Residencia Habitual

CL 18 # 6 - 36

Teléfono

6040001000

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

SONSON

Teléfono celular

3204531294

Correo electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Cama

Servicio

ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)

Diagnostico Principal

Q660 - Talipes equinovarus

Manejo integral según Guía de

Código CUPS

Cantidad

Descripción

935308

1

MANIPULACION Y APLICACION DE YESO PARA MALFORMACION CONGENITA DE PIE

Observación

ANEXO CON FECHA DEL 3/10/2024 CAMBIO DE YESO 1 MES

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN

21609601

Fecha

2024-10-07

Hora

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

0.00 %

Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:

221

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador:

Aplica cobro: SI

Cuota

Cuota de

Valor en pesos

Porcentaje %

Copago

Exento cobro

0.00

0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Cargo o actividad

gbetancv (GLADYS BETANCUR VELEZ)

AUTORIZADOR SAVIASALUD

Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas

La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días

Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS

018000423683



Hospital Infantil
Servicio de Atención

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
Centro de Costos General

NUMERO INFORME

Fecha: 2024-10-03 Hora: 12:32

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: Corporación Hospital Infantil Concejo De Medellín Nit: X 900625317-7

Código: 050011313101 Dirección prestador: calle 72 A N° 48 A 70

Teléfono: 4446425

Departamento: Antioquia 05 Municipio: MEDELLÍN 001

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS CODIGO: EPS 40

DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)

BETANCUR RAMIREZ DULCE MARIA

1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de identificación

☒ Registro civil ☐ Pasaporte

☐ Tarjeta de identificación ☐ Adulto sin identificación

☐ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación

☐ Cédula de extranjería

Dirección de Residencia Habitual: VEREDA LOS MEDIOS Fecha de Nacimiento: 2020-07-09

Departamento: Antioquia 05 Municipio: SONSON Teléfono: 311507329

Teléfono celular: 311507329 Correo electrónico: facturacionelectronica@corporacionhcm.org

Cobertura en salud

☐ Regimen contributivo ☐ Regimen subsidiado - parcial ☐ Población pobre no Asegurada sin SISBEN ☐ Plan adicional de salud

☒ Regimen subsidiado - total ☐ Población pobre no Asegurada con SISBEN ☐ Desplazado ☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Tipo de la atención

☒ Enfermedad general ☐ Accidente de trabajo ☐ Evento catastrófico

☐ Enfermedad profesional ☐ Accidente de tránsito

Tipo de servicios solicitados

☐ Posterior a la atención inicial de urgencias

☒ Servicios electivos

Prioridad de la atención

☐ Prioritaria

☐ No prioritaria

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización

☒ Consulta externa ☐ Hospitalización Servicio: ORTOPEDIA Cama: 0000

☐ Urgencias

Anexo integral según guía de: Especialidad Solicitada: ORTOPEDIA

Código CUPS Cantidad Descripción

1 935308 2 MANIPULACIÓN Y APLICACIÓN DE YESO PARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Justificación clínica: paciente con pleva bilateral que requiere 2 cambio de yeso en 1 mes

Impresión diagnóstica:

Diagnóstico principal Código CIE10 Descripción

Diagnóstico relacionado 1 Q660 TALIPES EQUINOVARUS

Diagnóstico relacionado 2

Información de la persona que reporta

Nombre de quien reporta: JUAN CARLOS ARANGO GOMEZ

Registro médico: 05615-01

Argo o actividad: ORTOPEDIA

Teléfono: 4446425

Teléfono celular:



Hospital Infantil
CONCEJO DE MEDALLIN

Corporación Hospital Infantil Concejo De Medellín

Nit: 900.625.317-7
EVOLUCION INTERCONSULTA

CENTRO DE ATENCIÓN:	1	Centro de Costos General			
NOMBRE DEL PACIENTE:	DULCE MARIA BETANCUR RAMIREZ				
Documento:	RC	1.035.986.453	H.C.	1035986453	
Fecha nacimiento:	Jul.09/2020	Edad:	4 Años	Sexo:	Femenino
Dirección:	VEREDA LOS MEDIOS	Télefono:		Ciudad:	SONSON
Entidad:				Etnia:	
Atención:	7	Fecha:	Oct.03/2024 -	Hora:	12:32
Causa externa:		Finalidad:			

RECOMENDACIONES:

Se recomienda asistir a crecimiento y desarrollo

JUAN CARLOS ARANGO GOMEZ
CC 71.745.328 Registro: 05615-01
ORTOPEDIA

Imprime: ALOPERA

Fecha: 10-03-2024 12:35:14

INFORME EPICRISIS

CENTRO DE ATENCIÓN: 1

Centro de Costos General

Admisión: 167821

NOMBRE DEL PACIENTE: BETANCUR RAMIREZ DULCE MARIA

Tipo Documento: Registro Civil

Documento: 1.035.986.453

N° H.C. 1035986453

Fecha nacimiento: Jul.09/2020

Edad: 4 Años

Sexo: Femenino

Dirección: VEREDA LOS MEDIOS

Teléfono: 3115073295

Ciudad: SONSON

Entidad administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS

Etnia:

Ingreso Fecha: Oct.03/2024

Hora: 11:47

Servicio: Urgencias

Egreso Fecha:

Hora:

Servicio: Urgencias

Cama: Sala 3 Camilla 1

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

diagnostico principal q660 talipes equinovarus

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO

diagnostico de salida q660 talipes equinovarus

DATOS DE INGRESO

INGRESO: Fecha: 03 10 2024 Hora: 11:47 Causa externa: Enfermedad General
(dd/mm/aaaa) (hh:mm)☒ Urgencias☐ Consulta Externa o programada☐ Remitido☐ Recien Nacido

Motivo de Consulta:

TRAÍDO POR MADRE LUZ ADRIANA RAMIREZ CARMONA
EPS: SAVIA
MOTIVO DE CONSULTA: "CAMBIO DE YESO"

Enfermedad actual:

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTE DE PIE EQUINO VARO BIALTERAL, NO ALERGI
A MEDICAMENTOS. TRAIDA PARA CMABIO DE YESO POR ORTOPEDIA.
HACE 4 DIAS CON TOS HUMEDA Y CONEGSTION NASAL, SIN ESFUERZO REPSIRATORIO, YA E
MANEJO ENVIADO POR PEDIATRA.
NOXA NEGATIVA
NIEGA OTROS SINTOMAS ACTUALES.

Responsable del paciente:

LUZ

Estado general al ingreso: BUENAS CONDICIONES GENREALES, TRANQUILA

Diagnóstico de ingreso: Q660 TALIPES EQUINOVARUS

11:47 Dejar en Observación

CONDUCTA INICIAL

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

Oct.03/2024 11:47 EVOLUCIÓN MEDICINA GENERAL

Cama: S3 Cami 1 Plan:

paciente de 4 años de edad, antecedente de pie equino varo bialteral. traída para cambio de yeso por ortopedia. hace 4
dias con tos humeda y conegstion nasal, sin esfuerzo respiratorio, ya en manejo enviado por pediatra. al ingreso estable, sin
esfuerzo respiratorio, se ingresa para val pro ortopedia. se le exolica a la madre.

ANA MARIA MENDEZ MORENO Registro 05-5211-14

Aprobado por:

VICTOR ANDRES MARTINEZ MORENO
Registro 1098798174

DIAGNOSTICOS

Diagnostico Principal Q660 TALIPES EQUINOVARUS

Oct.03/2024 12:32 EVOLUCIÓN ORTOPEDIA

Cama: S3 Cami 1

Síntomas y Análisis Subjetivo:

paciente con peva bilateral en un contexto de milomemigocelos lleva un año tratandop de conseguir cita y autorizaciend
eyesos

Examen Físico Objetivo

pies con deformidad severao con piel sana

Análisis y Conclusiones:

paciente que se coloca 1 yeso correcto sele explica l madre que hubo un retraso importante, y que os cambios d yeso no

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756013580500002739

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DULCE MARIA

Apellidos: BETANCUR RAMIREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1035986453

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/05/2023

Última actualización ciudadano:

30/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSON
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

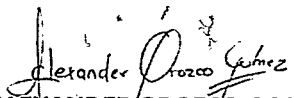
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja- Sonsón

FECHA: 03 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Martha Mejía Cardona C.C. 22.099.935

Alonso Gallego Giraldo C.C. 3.613.101

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820

www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.099.935
 MEJIA CARDONA

APELLIDOS
 MARTHA

NOMBRES
 Martha Mejia Cardona

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1954

SONSON
 (ANTIOQUIA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.45
 ESTATURA

O+
 G.S. RH

F
 SEXO

09-JUL-1975 SONSON
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES




A-0126200-00032322 F-0022099935-20080728 0001527842A 1 2460002025

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.613.701

GALLEGO GIRALDO

APELLIDOS

ALONSO

NOMBRES

Alonso Gallego G.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1943

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

ESTATURA

O+

G/S RH

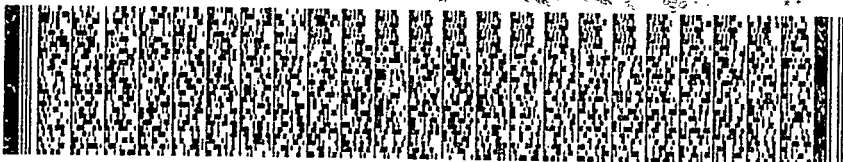
M

SEXO

14-AGO-1964 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00128753-M-0003613101-20081117

0006190187A 1

2460002051

SAVIA
SALUD EPS

31 OCT 2024



VISION INTEGRADOS SAS

Código del Prestador: 050011715502 Nit: 901180382
Dirección: CLL 33 66 B 23
Teléfono: 6071288
Web: www.visionintegrados.com.co
Email: contabilidad@visionintegrados.com.co

Fecha de Impresión: 2024/02/02 11:05:19
Impreso por: DIANA ARANGO
ORDENES EXTERNAS

Datos del Paciente

Identificación: CC - 22099935
Fecha Ingreso: 2024/02/02
Fecha Atención: 2024/02/02 10:52
Fecha Cierre HC:
Fecha Naci: 1954-05-06
Nro. Historia: CC22099935
Teléfono: 3146501154-3206375083-3145523869
Dirección: -3144344277
Empresa: ZONA RUJRAL
Contrato: UT VISION INTEGRADOS ORIENTE SUB
Acompañante: RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO
ALONSO GALLEGO GIRALDO

Paciente: MEJIA CARDONA MARTHA
Hora Ing: 08:55
Edad: 69 años
Tipo Usuario: Otro
Estrato: EXENTO DE PAGO
Estado Civil:

Ingreso: 1183049
Sexo: F
Municipio: SONSON

Tel. Acompañante: 3144344277

Edad: 69 años

Diagnóstico P.: H259
Dx Relacionado 1: H353
Contrato: RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO
Municipio: SONSON

Procedimiento N°: 479316

Unidad Funcional: 001 - Consulta Externa

Fecha: 2024/02/02 Hora: 11:03
Médico: DIANA CRISTINA ARANGO GUTIERREZ

Datos del Procedimiento:

Código	Descripción	Cantidad
SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		
Procedimientos Qx		
130003	EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO Observación: OI	1
137003	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES Observación: OI	1
952001	BIOMETRIA OCULAR Observación: OI	1
890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	1

Diana Cristina Arango G.

ATENDIDO POR
DIANA CRISTINA ARANGO GUTIERREZ - Esp:
OFTALMOLOGIA - Reg Médico: 1152184396



VISION INTEGRADOS SAS



Código del Prestador: 050011715502 Nit: 901180382
 Dirección: CLL 33 66 B 23
 Teléfono: 6071288
 Web: www.visionintegrados.com.co
 Email: contabilidad@visionintegrados.com.co

Fecha de Impresión: 2024/05/15 11:45:58
 Impreso por: LUIS COBO
 ORDENES EXTERNAS

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 22099935	Paciente:	MEJIA CARDONA MARTHA
Fecha Ingreso:	2024/05/15	Hora Ing:	09:38
Fecha Atencion:	2024/05/15 11:39	Ingreso:	1257515
Fecha Cierre HC:			
Fecha Naci:	1954-05-08	Edad:	70 años
Nro. Historia:	CC22099935	Tipo Usuario:	Otro
Telefono:	3146501154-3206375083-3145523869-3144344277	Estrato:	EXENTO DE PAGO
Dirección:	ZONA RUJRAL	Municipio:	SONSON
Empresa:	UT VISION INTEGRADOS ORIENTE SUB	Estado Civil:	
Contrato:	RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO		
Acompañante:	ALONSO GALLEG0 GIRALDO		

Tel. Acompañante: 3226392081

Diagnóstico P.: H354
 Contrato: RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO
 Municipio: SONSON

Edad: 70 años

Procedimiento N°: 525412

Unidad Funcional:	001 - Consulta Externa
-------------------	------------------------

Fecha: 2024/05/15 Hora: 11:44
 Médico: LUIS FRANCISCO COBO SALAZAR C.C. 16697688
 Datos del Procedimiento:

FACO + LIO + VITRECTOMIA OJO IZQUIERDO

Código	Descripción	Cantidad
SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		
Procedimientos Qx		
137003	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	1
130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	1
147401	VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICON O GASES	1
880226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	1
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	1
502045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	1

ADILCE
 AVULCAS DIAGNOSTICAS DE LABORATORIO CLINICO
AUTORIZADO

ATENDIDO POR
 LUIS FRANCISCO COBO SALAZAR C.C.
 16697688 - Esp: RETINOLOGIA - Reg Médico:
 761414



VISION INTEGRADOS SAS



Código del Prestador: 050011715502 Nit: 901180382
Dirección: CLL 33 86 B 23
Teléfono: 6071288
Web: www.visionintegrados.com.co
Email: contabilidad@visionintegrados.com.co

Fecha de Impresión: 2024/05/15 11:49:08
Impreso por: LUIS COBO
ORDENES EXTERNAS

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 22099935	Paciente:	MEJIA CARDONA MARTHA	Ingreso:	1257515
Fecha Ingreso:	2024/05/15	Hora Ing:	09:38		
Fecha Atención:	2024/05/15 11:39				
Fecha Cierre HC:					
Fecha Naci:	1954-05-08	Edad:	70 años	Sexo:	F
Nro.Historia	CC22099935	Tipo Usuario:	Otro		
Telefono:	3146501154-3206375083-3145523869-3144344277	Estrato:	EXENTO DE PAGO	Municipio:	SONSON
Dirección:	ZONA RUJRAL	Estado Civil:			
Empresa:	UT VISION INTEGRADOS ORIENTE SUB				
Contrato:	RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO				
Acompañante:	ALONSO GALLEG0 GIRALDO				

Tel. Acompañante: 3226392081

Diagnóstico P.: H354
Contrato: RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO
Municipio: SONSON

Edad: 70 años

Procedimiento N°: 525417

Unidad Funcional:	001 - Consulta Externa
-------------------	------------------------

Fecha: 2024/05/15 Hora: 11:48
Médico: LUIS FRANCISCO COBO SALAZAR C.C. 16697688

Datos del Procedimiento:

Código	Descripción	Cantidad
SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS		
Procedimientos De Dx		
952001	BIOMETRIA OCULAR Observación: OI	1

ATENDIDO POR
LUIS FRANCISCO COBO SALAZAR C.C.
16697688 - Esp: RETINOLOGIA - Reg Médico:
761414



Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756017680300000709

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA

Apellidos: MEJIA CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22099935

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/10/2018

Última actualización ciudadano:

29/10/2018

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

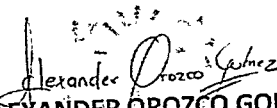
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja - Sonsón

FECHA: 03 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Oscar Martínez Osorio C.C. 70.728.247

Jeferson Martínez Ocampo C.C. 1.007.368.860

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820

www.sonsón-antioquia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 70.728.247

MARTINEZ OSORIO

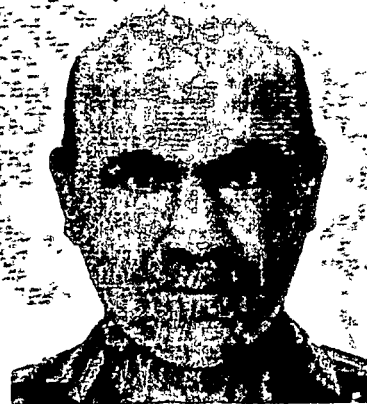
APELLIDOS

OSCAR

NOMBRES

[Handwritten signature]

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1975

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

A-

G.S. RH

M

SEXO

30-JUN-1993 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0126200-01299122-M-0070728247-20220521

0079446196G 1

54813208

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.368.860

MARTINEZ OCAMPO

APELLIDOS

JEFERSON

NOMBRES

Jefferson Martinez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-2000

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

A+

ESTATURA

G.S. RH

M

SEXO

27-JUL-2018 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-0126200-01035071-M-1007368860-20180831

0062454479A 1

50946333

		HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SONSON Nit: 890.980.003-5		Docto Ing:	X83	56919
		HISTORIA CLINICA DE: EPICRISIS DE ATENCION DE URGENCIAS		Fecha Ing:	Jun.15/2021	
Nombre:	MARTINEZ OSORIO OSCAR	Edad:	46 Años	Sexo:	MASCULINO	
Telefono:	3103730477	Estrato:	SUBSIDIADO-1			
Historia:	70728247	Id:	CC	70.728.247		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Hora Ate:	08:39			
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA					

D A T O S D E I N G R E S O

ANAMNESIS

Datos de Llegada Del Paciente: Llego por sus propios medios?: NO, Por cual Medio: CUADRANTE D EPOLICIA, Estado de Llegada: CONSCIENTE, Estado de Embriaguez: NO.

En Caso De Accidente, Intoxicacion O Violencia: Sitio de ocurrencia: , Causa: , Se notifico a la policia: NO, Se notifico a la Familia: NO.

Motivo de Consulta: " TRAIDO POR LA POLICIA "

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 45 AÑOS TRAIDO POR CUADRANTE D EPOLICIA, CON ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO DE OCLA CABALLO POR ACCIDENTE LABORAL, CERVICALGIA CRONICA, LUMBOCIATICA Y ESCOLIOSIS, CON CONTRACCIONES INVOLUNTARIAS CPORNICAS SECUDNARIO A MIELOPATIA, INGRESA OCCNIENTE NE SILLA DE RUEDAS CON EXRTERMIDADES SUEPRIROES E INFERIORES CON MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS MIOCLONICOS, REPETITIVOS, RIGUDEZ QYE CEDEN POSTERIUOR A 30 SEGUNDOS, SE INGRESA PRA MANEJO

Revision por Sistemas: LO REFEIRDO

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: NO REFIERE.. OSTEOMUSCULARES: LUMBAGO Y DORSALGIA CRONICA. MIELOPATIA PROLIFERATIVA.. QUIRURGICOS: NO REFIERE.. TRAUMATICOS: ACCIDENTE NOV/2014. OTRAS ENFERMEDADES: TERIGIOS Y PINGUECULA. ACCIDENTE LABORAL EN COLUMNA LA AFECTACION. INGESTION DE MEDICAMENTOS: FLUOXETINA, PREGABALINA, ACETAMINOFEN+HIDROCODONA,, TRAZODONA, AMITRIPTILINA, HIDROXIDO DE ALUMINIO, TIZAFEM. PATOLOGICOS: CONJUNTIVITIS CRONICA

Familiares: CARDIOVASCULARES: PADRE CARDIOPATA. OTRAS ENFERMEDADES: PADRE DM. CANCER: PADRE CA DE PANCREAS. ENFERMEDADES CORONARIAS: PADRE CORONARIOPATIA. HIPERTENSION ARTERIAL: PADRE

Psico-Sociales: CONSUMO TABACO: NIEGA. CONSUMO DE ALCOHOL: NIEGA. DROGAS PSICOACTIVAS: NO PRESENTA. OTROS: NO REPORTA

Examen Fisico:

Estado General: PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, AFEBRIL, NORMOTENSO EN BUENASCONDICIONES GENERALES

CABEZA / CUELLO: NORMOCEFALO, CONJUNTIVASNORMOCROMICAS, NO SIGNOS DE ICTERICIA, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVAS A LA LUZ CON ADECUADA ACOMODACION, OTOSCOPIABILATERAL NORMAL, NARIZ PERMEABLE, OROFARINGE NOCONGESTIVA AMIGDALAS SIN EXUDADO, NO ESCURRIMIENTOPOSTERIOR CUELLO NORMAL, NO SE PALPAN ADENOPATIAS. NO SE AUSCULTAN SOPLOS CAROTIDEOS. NO HAY INGURGITACIÓN YUGULAR.

TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS NO AGREGADOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS MURMULOVESICULAR CONSERVADO

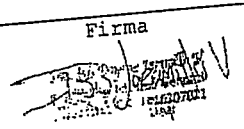
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS, CON RUIDOSINTESTINALES POSITIVOS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NOHEPATO NI ESPLENOMEGALIA COLUMNA: NO DOLOR A LA PALAPCION PARAVERTEBRAL, NO SE OBSERVA DESVIACION DE LA MISMA CURVATURAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL NORMALES

EXTREMIDADES: SIMETRICAS EUTROFICAS CON PULSOS PRESENTES FUERZA Y MOVILIDAD CONSERVADA SIN PRESENCIA DE EDEMAS

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE ORIENTADO EN TIEMPOLUGAR Y ESPACIO, RESPUESTA Y DIALOGO COHERENTE PARA LA EDAD PARES CRANEANOS SIN ALTERACION. EXAMEN MOTOR: MOVIMIENTOS, REFLEJOS OSTEOTENDINEOS Y COORDINACIÓN: TODOS NORMALES. NO SE OBSERVAN MOVIMIENTOS ANORMALES. FUERZA CONSERVADA EXAMEN SENSITIVO: SENSIBILIDAD FINA Y AL DOLOR CONSERVADA. SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA NORMAL DADA POR LA RESPUESTA ADECUADA A DISTINTOS ESTÍMULOS TÁCTILES UBICANDOLOS EN FORMA CORRECTA CON LOS OJOS CERRADOS. NO SIGNOS MENINGEOS.

PIEL: INTEGRAL SIN LESIONES EVIDENTES AL EXAMEN ACTUAL.

Signos Vitales: Peso: 62.00 KG Kg, Talla: 156 Mts, IMC: 25,47, Clasificacion: Sobrepeso, Riegos: Aumentado, Pulso: 63 Xm, Frecuencia Cardiaca: 63 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria:

Pagina: 1 de 4	Medico: JARAMILLO VALENCIA ISIS DAYANA	Firma 
Imprime: LUISO	Cedula: 1.010.207.821	
Fecha Sistema: 30/03/2022	Registro:	
Hora: 11:41:55		

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SONSON

Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
EPICRISIS DE ATENCION DE URGENCIAS

Docto Ing: X83 56919

Fecha Ing: Jun.15/2021

Nombre:	MARTINEZ OSORIO OSCAR	Edad:	46 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3103730477	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	70728247	Id:	CC		70.728.247
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Hora Ate:	08:39		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

ANTECEDENTES TÓXICOS: NO APORTA.,.

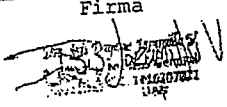
AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO AFEBRIL HIDRATADO, CON RIGIDEZ DE CUELLO Y EXTREMIDADES SUPERIORES, CON MIOCLONIAS PRESENTES. DOLOR INTENSO-. ESTO ES FRECUENTE EN SU DARIO POR HOY DE AGUDIZA. NO EMESIS NO CIANSOIS NO SDR, CUELLO MOVIL SIN EDEMAS, TORAX CIMTRICO ABDOMEN DEPRESIBLE SIN DOLOR, GENITALES NO VALORADOS, EXTREMIDADES SUPERIORES HE INFERIORES MOVILES , PRESENTA RIGIDEZ CUANDO AHY MIOCLONIAS., PARA CUMPLIR ORDENES MÉDICAS Y CON ADECUADAS TÉCNICAS ASEPTICAS Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN DE VENA CON CATETER 20 AL INTENTO NÚMERO 1 A NIVEL DE DORSO DE MANO DERECHA. SE SE INSTALA TRATAMIENTO ORDENADO TIAMINA 100 MG IV EN 250 CC DE SSN,, QUEDA CON ACCESO VENOSO SIN SIGNOS DE EXTRAVASACIÓN.

SE DEJA PACIENTE UBICADO EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS A ESPERA DE DEFINIR CONDUCTA MÉDICA DESPUES DEL TRATAMIENTO.

Fecha: Jun.15/2021 Hora: 11:53 Profesional: TORRES LEON ALEJANDRO

ENFERMERIA - NOTAS DE ENFERMERIA - W64 170815

1. PACIENTE QUE ES REEVALORADO POR MEDICO DE TURNO Y QUIEN POR MEJORIA DE CUADRO CLINICO , DAN ALTA DE URGENCIAS. SE RETIRA ACCESO VENOSO, SALE PACIENTE CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ACOMPAÑADO POR FAMILIAR, SE DAN RECOMEDNACIONES CON SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, ATENCION CON PREVIOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,

Pagina: 4 de 4	Medico: JARAMILLO VALENCIA ISIS DAYANA	Firma 
Imprime: LUISO		
Fecha Sistema: 30/03/2022 Hora: 11:41:55	Cedula: 1.010.207.821 Registro:	

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 27485338	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2024-11-26		HORA: 11:29	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	CODIGO
					EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS SAS				NI	901054048
Código	056151592801		..	Teléfono 1	6043225398
Correo				Teléfono 2	3244117872
Dirección					
Calle 52 # 45 - 48 CC Rionegro Plaza Piso 3					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
MARTINEZ		OSORIO		OSCAR	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	70728247		Fecha de nacimiento
1975-06-06					
Dirección de Residencia Habitual		CRA 9 N 13 90 BARRIO SAN JOSE			Teléfono
6040001000					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Teléfono celular	3206316117	Correo electrónico	viviana2759@hotmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio Otras Consultas de Especialidad (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	T913 - Secuelas de traumatismo de la medula espinal	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
998701	1	PAQ - SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO			
Observación	SE GENERA AUTORIZACION				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22026592		Fecha	2024-11-25	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			533	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
gospinab (GLORIA NANCY OSPINA BERNAL)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 27131402

FECHA: 2024-10-24

HORA: 02:24

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS SAS			NI	901054048	
Código	056151592801		Telefono 1	6043225398	
Correo			Teléfono 2	3244117872	
Dirección					
Calle 52 # 45 - 48 CC Rionegro Plaza Piso 3					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
MARTINEZ		OSORIO		OSCAR	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	70728247		Fecha de nacimiento
1975-06-06					
Dirección de Residencia Habitual		CRA 9 N 13 90 BARRIO SAN JOSE		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Teléfono celular	3206316117	Correo electrónico	viviana2759@hotmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Dolor y Cuidados Paliativos (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	T913 - Secuelas de traumatismo de la medula espinal	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
883220	1	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE			
883210	1	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE			
Observación	anexo con fecha del 19/10/2024 RESONANCIA SIMPLE BAJO ANESTESIA				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21726175		Fecha	2024-10-21	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			528	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0	0 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

998701

IMEDI ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS S.A.S



Código del
Prestador: 056151592801 Nit: 9010540483
Dirección: CLL 52 No 45-48 Piso 2 Local 2018
Teléfono: 3225398
Web: www.imedi.com.co
Email: administracion@imedi.com.co

Fecha de Impresión: 2024/10/19 10:26:59
HISTORIA CLÍNICA

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 70728247	Paciente:	MARTINEZ OSORIO OSCAR		
Fecha Ingreso:	2024/10/19	Hora Ing:	09:51	Ingreso:	109624
Tipo Usuario:	Sustituto de pensión	Municipio:	SONSON		
Teléfono:	3217267903	Estado Civil:			
Dirección:	CRA 9 13 90				
Empresa:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				
Contrato:	CONTRATO 01 : ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO				
Ocupación:	EMPLEADO				
Acompañante:		Tel. Acompañante:			

DATOS HISTORIA CLINICA

CONSULTA MEDICA

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

MEDICINA DEL DOLOR Edad 49 años Soltero 1 Hijo Residente Sonson Ocupacion Discapacitado. Se dedicaba a construccion

ENFERMEDAD ACTUAL

18/02/2014 durante actividad laboral presenta trauma sobre columna cervical y dorsal al caer talud de tierra. No realizan ningun procedimiento quirurgico. No fue reportado como accidente laboral. Desde el accidente limitacion funcional, deambula con baston y dolor region cervical. Tiene episodios durante el día de espasticidad muscular, ha presentado musltiples caidas durante estos episodios. Calificacion de perdida capacidad laboral superior 76.3 %.

ANTECEDENTES INTERVENCIONISMO ANALGESICO

No refiere

AYUDAS DIAGNOSTICAS PREVIAS

No trae

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

* Trauma raquimedular

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

* No refiere

ANTECEDENETES FAMILIARES

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

* Acetaminofen / hidrocodona 325/10 mg cada 12 horas desde hace 12 años * Amitriptilina 25 mg cada 12 horas * Fluoxetina 20 mg cada 12 horas * Pregabalina 150 mg cada 12 horas

ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS

No refiere

REVISION POR SISTEMA

OBSERVACIONES

Alerta, conciente, orientado Ingres y deambula con baston Presenta durante la consulta episodio de espasticidad en 4 extremidades sin pérdida de la conciencia y duracion de menos de 1 minuto. No tolera exploracion al examen fisico por alodinia generalizada.

ANALISIS

Diagnosticos * Antecedente de accidente en 2014 * Trauma raquimedular * Secuelas de trauma raquimedular * Dolor de origen central Analisis Paciente de 49 años con antecedente en 2014 de accidente laboral no reportado como tal al caer talud de tierra. Presenta trauma cervical y dorsal con trauma raquimedular con secuelas desde el momento del accidente. Tiene limitacion funcional por cuadro de espasticidad predominando hemicuerpo derecho y dolor con descriptores neuropaticos generalizados con alodinia. Ademas llama la atencion episodios de espasticidad los cuales se presentan varias veces por día los cuales han generado caidas. Durante la consulta presenta 1 episodio de menos de 1 minuto con severa espasticidad generalizada y mejora espontaneamente. No hay imagenes que soporten que clase de lesion tiene ni secuelas asociadas al trauma y ademas solicito sea evaluado por neurologia. Uso cronico de opiodes hace mass de 10 años. Tiene cita reciente por medicina del dolor en instituto neurologico hace 1 mes donde renuevan medicacion por 6 meses y ademas solicitan junta para evaluar la posibilidad de terapias intratecales implantables. Por ahora solicito resonancias, valoracion por neurologia y cito para seguimiento.

PLAN DE MANEJO

* Resonancia columna cervical y dorsal simple bajo anestesia * Valoracion por neurologia * Cita por medicina del dolor en 3 meses

PLAN

* Resonancia columna cervical y dorsal simple bajo anestesia
* Valoracion por neurologia
* Cita por medicina del dolor en 3 meses

IMPRESION CLINICA	
Diagnóstico Principal:	T913 - SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL
Diagnóstico Relacionado 1:	-
Diagnóstico Relacionado 2:	-
Diagnóstico Relacionado 3:	-



Anestesiólogo
Julio Ernesto Camelo Rincón
Especialista Medicina del dolor
Y cuidados paliativos
R.M. 132009

ATENDIDO POR

JULIO ERNESTO CAMELO RINCON - Esp: MEDICINA DEL DOLOR - Reg Médico: 50-2207-04

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756017680300000851

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OSCAR

Apellidos: MARTINEZ OSORIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 70728247

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

29/01/2021

Última actualización ciudadano:

29/01/2021

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSON
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

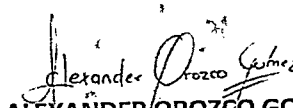
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja- Sonsón

FECHA: 06 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Nohelia Cortes Gallego C.C. 43.460.725

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 050320

www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.460.725

CORTES GALLEGU

APELLIDOS
NOHELIA

NOMBRES
Noelia Cortes Gallego

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1970

SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

27-MAY-1895 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 0126200-00210156-F-0043460725-20100122 0020212180A 1 2670506789

UNIDAD FUNCIONAL CANCER DE ADULTO

CONSULTA EXTERNA MASTOLOGIA

Nº Historia Clínica: 43460725

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía - 43460725	NOHELIA CORTES GALLEGO	Sexo: Femenino F. Nacim: 15/01/1970
Edad en la atención:	54 Años / 10 Meses / 4 Días	Estado Civil: Casado	Dirección: VEREDA MARMATO
Teléfono:		Procedencia: SONSON	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	JUAN DIEGO ESCOBAR	Tel.responsable: 3136079148	Dir.responsable: RIONEGRO Parentesco: HIJO
Acompañante:	JUAN DIEGO ESCOBAR	Tel. Acompañante:	3136079148
Entidad:	UNION TEMPORAL CONCIENCIA ROSA - RED ONCOLOGICA DE ANTIOQUIA		
Plan Beneficios:	"UT CONCIENCIA ROSA - ROA" - RUTA CA DE MAMA SAVIA SALUD EPS (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1

FOLIO Nº 39		Fecha del Folio: 19/11/2024 09:03	
Nº Ingreso:	6440449	Fecha:	19/11/2024 08:43
F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Detalle del folio:

EVOLUCIÓN

SIGNOS VITALES

Peso:
Presión Arterial: 111/80
Frecuencia Respiratoria: 15
Fracción Inspirada de Oxígeno: 21

Temperatura:
Frecuencia Cardíaca: 80
Saturación de Oxígeno: 98
Dolor: 0

SUBJETIVO

1RA VEZ (24/04/2024) --CONCIENCIA ROSA--
Paciente femenina, 54 años.
Reside en Sonson. Vereda Marmato.
Ama de casa.
Acompañada por Martha Alicia Cortes (Hermana)
EPS Savia Salud.
Telefono 3223334836

Antecedente:
Patología: Dislipemia.
Alergico: Niega.
Quirúrgico: Hematoma dorsal.
Toxicos: Niega.
Familiares: Tía estomaga, Tía renal.

HISTORIA ONCOLOGICA

En camapaña de tamizaje en su municipio, se evidencia lesion por mamografia y eco mamaria, se detecta nódulo a las 8 del reloj, de 16 mm, se toma biopsia.

IMAGENES

-08/03/2024 Ecografía de Mama: BIRADS 4A
-21/08/2024 Rx de Torax: Normal
-22/08/2024 Ecografía de abdomen: Esteatosis hepática moderada. Colelitiasis sin signos de colecistitis. Masa pélvica, no es posible determinar su origen, lesión ecogénica mal definida mide 94x64x67 mm.
-04/09/2024 DMO Normal.
-04/09/2024 RMN DE PELVIS: El útero se encuentra aumentado de tamaño a expensas de lesión Intramural. Las medidas del útero son: 10, 8 x 8, 4 x 12, 7 cm. Quistes de Naboth en el cérvix uterino. Canal vaginal de apariencia normal. Lesión Intramural, localizada en la pared anterolateral izquierda del útero, que mide 73 x 79 x 97 mm (290 cc). Esta lesión es de predominio sólido, con algunas áreas de componente quístico en su interior, presenta algunas áreas de restricción a la difusión y realiza de manera heterogénea con el medio de contraste. Sugiere sugiere mioma con degeneración quística. FIGO 2-5. La cavidad endometrial es de apariencia normal. Grosor endometrial: 13 mm. Se identifica una lesión en el fondo de saco posterior, sólido quística, con componente de grasa madura, en relación con teratoma pélvico, que mide 47 x 60 x 43 mm (63 cc). El ovario izquierdo es de aspecto normal, mide 22 x 10 x 9 mm (1 cc). El ovario derecho no es visualizado. La vejiga se encuentra comprimida y desplazada en sentido lateral derecho por el útero aumentado de tamaño. Las estructuras vasculares en la pelvis están permeables. No se identifican adenopatías pélvicas.
Conclusión: Masa uterina, sugestiva de mioma con degeneración quística, FIGO 2 - 5, con algunas zonas de restricción a la difusión en su interior. Se recomienda correlación
Información del folio No. 39

RODRÍGEZ GALLEGO JORGE
ALEXANDER
MASTOLOGIA
R.M. 1541-00

MANEJO
-30/04/2024 Cuadranctomia con margenes amplios.

-Radioterapia externa con acelerador lineal según el siguiente esquema: Volumen de tratamiento: PTV: mama Izquierda con refuerzo integrado con margenes. Dosis y fraccionamiento: 3100 cGy, con un fraccionamiento de 620 cGy por sesión (5 sesiones a la semana). Duración del tratamiento: entre el 29 de mayo al 7 de junio de 2024

-Tamoxifeno Inicio 15/06/2024, SWITCH con letrozol por aumento de transaminasas Inicio 05/09/2024.

S/ Paciente se encuentra asintomática.

Trae resonancia de pelvis, sept de 2024. Lesion Intramural uterina de 97x 79 mm, de predominio solido, posible mioma.
No sangrado vaginal.

OBJETIVO

mamas: no lesiones, axilas normales.

ANALISIS

Carcinoma de mama Izquierda, Luminal, manejo oncologico, tomand letrozole, en remision, y ahora con miomatosis severa, por lo cual requiere anexohisterectomia ampliada por incision Phanstiel, le genero ordenes.

EPICRISIS

¿Desea seguir tratando el paciente? NO

Antecedentes

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).		
		☐			

Diagnósticos Registrados en este folio

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
D251	☐ LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO	☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
C509	☐ TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA	☒	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Órd. Médicas:

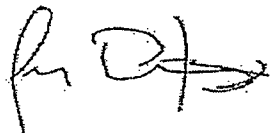
Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	
903895	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	

Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento Quirúrgico	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
684103	684103 - HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA	1	Rutinario	Miomatosis severatiempo: 3 horashospitalizaci3n una nohellgasure
669201	669201 - SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	1	Rutinario	Miomatosis severatiempo: 3 horashospitalizaci3n una nohellgasure

Información del folio No. 39


RODRIGEZ GALLEGO JORGE
ALEXANDER
MASTOLOGIA
R.M. 1541-00

SOLICITUD DE EXÁMENES

MASTOLOGIA

Nº Historia: 43460725

Nº Folio: 39

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NOHELIA CORTES GALLEGO

Identificacion: 43460725

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 15/enero/1970 Edad Actual: 54 Años / 10 Meses / 4 Días

Estado Civil: Casado

DATOS DEL INGRESO

Entidad: UNION TEMPORAL CONCIENCIA ROSA - RED ONCOLOGICA DE ANTIOQUIA

Cama:

Plan Beneficios: "UT CONCIENCIA ROSA - ROA" - RUTA CA DE MAMA SAVIA SALUD EPS (SUBSIDIADO)

Nº Ingreso: 6440449

Fecha: 19/11/2024 08:43

Diagnostico Folio: D251 LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO

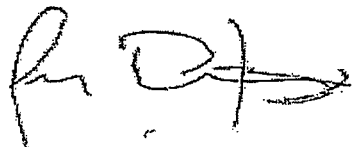
Fecha Solicitud: 19/11/2024 09:03

LISTADO DE EXÁMENES

ÁREA SERVICIO: 41250301 LABORATORIO CLINICO

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	ESTADO	Observaciones
902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	

Total ítems: 2



RODRIGEZ GALLEGO JORGE ALEXANDER Tarjeta Profesional 1541-00

MASTOLOGIA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

Nombre reporte : HCRPreporteDBase

Pagina 1/1

1113654559

Calle 38 No.54A-35 Conmutador:5699999 Fax:5311670 Rionegro,Antioquia

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756009481200000065

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NOHELIA

Apellidos: CORTES GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43460725

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

08/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

FECHA: 06 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Valentina Henao Gallego T.I. 1.047.966.482

Alanna Paulette Ortiz Henao NUIP. 1.033.343.536

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.047.966.482
HENAO GALLEGU

APPELLIDOS
VALENTINA

NOMBRES
Valentina Henao

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO
13-DIC-2024

FECHA DE VENCIMIENTO
17-DIC-2013 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

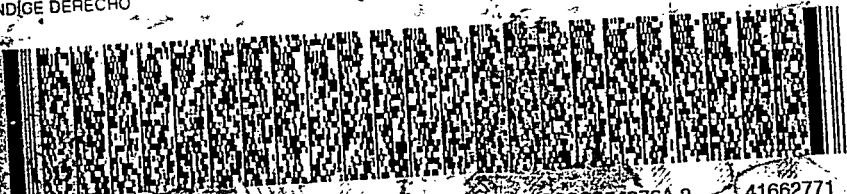
13-DIC-2006

O+ F
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

0038254376A 2 41662771

0126200-00567977-F-1047966482-20140427





REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1.033.343.536

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61546735
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A Y N
PAÍS - DEPARTAMENTO - MUNICIPIO - CORREGIMIENTO o/o INSPECCIÓN DE POLICÍA COLOMBIA - ANTIOQUIA - AMAGA						

Datos del inscrito

PRIMER APELLIDO ORTIZ		SEGUNDO APELLIDO HENAO	
NOMBRE(S) ALANNA PAULETTE			
FECHA DE NACIMIENTO Año 2024 Mes MAY Día 25		SEXO (en letras) FEMENINO	GRUPO SANGÜÍNEO POSITIVO
LUGAR DE NACIMIENTO (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLÍN			

TIPO DE DOCUMENTO ANTERECEDENTE O DECLARACIÓN DE TESTIGOS CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	NÚMERO CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 24046310948582
--	---

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	Apellidos y nombres completos HENAO CALLEGO VALENTINA
---	--

Documento de identificación (Clase y número) TI 1.047.966.482	Nacionalidad COLOMBIA
--	--------------------------

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	Apellidos y nombres completos ORTIZ ALVAREZ ANDRES FELIPE
--	--

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.033.343.306	Nacionalidad COLOMBIA
--	--------------------------

Datos del declarante	Apellidos y nombres completos HENAO CALLEGO VALENTINA
----------------------	--

Documento de identificación (Clase y número) TI 1.047.966.482	Firma valentina Henao G
--	----------------------------

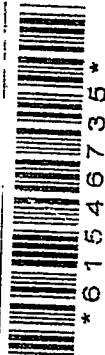
Datos primer testigo	Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo	Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción Año 2024 Mes MAY Día 03	Nombre y firma del funcionario que autoriza NATALIA ANDREA OCHOA ORTEGA - REG Natalia A. Ochoa
---	--

Reconocimiento paterno Andres Ortiz Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento Natalia A. Ochoa O Nombre y firma
---	---

08.MAY.2024 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS	LIBRO VARIOS TOMO 4 FOLIO 123 Natalia A. Ochoa O
--	---



Asistir cumplidamente a la cita.

Si no puede asistir a la cita, cáncélala
con dos días de anticipación.

Solo wpp
305 313 39 63

P60716



ACREDITACION
EN SALUD

Historia No. 962774

Nombres Alanna Paulette

Apellidos Ortiz Venado

[illegible]

IDENTIFICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1033343536	
Paciente: ALANNA PAULETTE ORTIZ HENAO	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 25/04/2024	
Edad y género: 5 Meses, Femenino	
Identificador único: 962774	Financiador: NUEVA EPS

HISTORIA CLÍNICA

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 04/10/2024 11:00 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA

Consulta médica - Tratante - PATOLOGIA INFECCIOSA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Control

Causa externa: OTRA

Finalidad: NO APLICA

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Alanna Ortiz
5 meses

Viene en compañía de su madre
Residente en Andes

Paciente de 5 meses conocida, con antecedente de exposición perinatal a toxoplasmosis gestacional. La madre recibió espiramicina desde las 14 sem. serologías toxo IgM 23/11/23 positiva, test de avidez baja, toxo IgM e IgG positivos 22/12/24, ecos gestacionales normales excepto bajo peso. RNAT PAEG con serologías toxo IgG e IgM positivas, con diagnóstico de toxo congénita e inician tto con pirimetamina sulfadiazina.

Antecedentes personales:

Madre de 27 años con parto en C. del Prado, peso 2117g hospitalizada por 8 días

Medicamentos:

TMP 10mg/kg/día cada 12 horas x 1 semana

Ac folínico 5mg/ml 1 ml 3 veces a la semana

Pirimetamina 2mg/ml 1. 5 ml cada 24 horas + Sulfadiazina 100 mg/ml 1. 5 ml cada 12 horas

Vacunación PAI completo hasta los 2 meses

Vive con la madre, abuela y tíos todos sanos

Enfermedad actual: Datos del parto

C del prado, PVE, peso 2177g, talla 43 cm, Apgar 9/10 con RCIU, hospitalizada por 8 días

Paraclínicos

23/09/24: Toxo IgG 95. 7 UI/ml positivo en descenso, IgM 0. 03 negativa

AST 76, 9, ALT 59. 4

18/07/24 toxo IgG 1000 positiva, IgM 0. 06 EIA, IgA 1. 0 negativas

23/05/24: Hb 13

21/05/24: Toxo IgG 500 positivo - IgM 0. 02 negativa

26/04/24 Tamizaje auditivo paso bilateral

26/04/2024 Eco cerebral normal

23/05/24 Retina normal

EXAMEN FÍSICO

Examen Físico:

Cabeza

Cráneo : Normal

Fontanela : Normal

Cara : Normal

Ojos : Normal

Oídos : Normal

Nariz : Normal

Boca : Normal

Cuello

Otra Región Cuello : Normal

Cardiopulmonar

Pulmones : Normal

Corazón : Normal

Caja Torácica : Normal

Abdomen

Superior : Normal

Inferior : Normal

Extremidades

Firmado electrónicamente

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756017680300001283

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALANNA PAULETTE

Apellidos: ORTIZ HENAO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1033343536

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

26/10/2018

Última actualización ciudadano:

04/06/2024

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

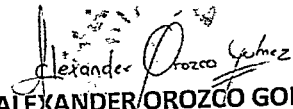
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja- Sonsón

FECHA: 09 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Sergio Andrés Montoya Marín C.C. 71.750.001

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N.º 58 Palacio Municipal, Parque Principal "Rulz y Zapata"
Teléfono: 37(6) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 54820
www.sonsón-antioquia.gov.co



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1974
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

29-ENE-1993 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126260-00535910-M-0071750001-20140113

0036586777A 1

41684649



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 26169782

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2024-08-05

HORA: 09:29

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.

CODIGO

EPSS40

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre

Tipo Documento

Número documento

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RIONEGRO)

NI

890907254

Código

056150137801

Teléfono 1

6045313700

Correo

bienestarsocial@hsjdeserionegro.com

Teléfono 2

Dirección

Carrera 48 # 56 - 59

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

RIONEGRO

DATOS DEL PACIENTE

MONTOYA

MARIN

SERGIO

ANDRES

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De Identificación

CC

Número documento de identificación

71750001

Fecha de nacimiento

1974-10-31

Dirección de Residencia Habitual

CL 6 11-20

Teléfono

6047367300

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

SONSON

Teléfono celular

3112734270

Correo electrónico

silviaelena_mm@yahoo.com

SERVICIOS AUTORIZADOS

Cama

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Servicio Cardiología (Consulta Ext)

Diagnostico Principal

428 - Otras cardiopatías

Manejo integral según Guía de

Código CUP-S

Cantidad

Descripción

890328

1

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA

Observación 2024-07-30

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN

21035504

Fecha

2024-08-02

Hora

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

0.00 %

Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:

581

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador:

Aplica cobro: SI

Cuota

Cuota de

Valor en pesos

Porcentaje %

Copago

Exento cobro

0.00

0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Cargo o actividad

mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)

AUTORIZADOR SAVIASALUD

Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas

La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días

Linea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS

018000423683

Es el momento de los que
crean un mejor país

9. DICIEMBRE

11:30

CARDIOLOGIA



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud	2407301448	Fecha y hora :	30/07/2024 11:23:42 a. m.
Información del Prestador:(Solicitante)			
Nombre:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO		Nit:890907254-7
Codigo:	0561501376	Telefono:	5313700
Direccion:	CARRERA 48 No 56-59		
Departamento:	ANTIOQUIA	Codigo	05
Municipio:	RIONEGRO	Codigo	615
Entidad a la que se le Solicita(Pagador)	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Codigo	EPSS40
Datos del Paciente			
MONTOYA		MARIN	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
SERGIO		ANDRES	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento	Cédula Ciudadanía	Numero de Documento de Identificación	71750001
Fecha de Nacimiento	31/10/1974 2:31:52 p. m.	Telefono	3112734270
Dirección	BARRIO TAPETE SONSON		
Departamento	ANTIOQUIA	Codigo	05
Municipio	SONSON	Codigo	756
Cobertura en Salud	Subsidiado		
Informe de la Atención y Servicios Solicitados			
Origen de la Atención	Enfermedad General Adulto	Tipo de Servicio Solicitado	Servicios Selectivos
Prioridad de la Atención	Prioritaria		
Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización	Consulta Externa		
Servicio	CARDIOLOGIA	Cama	
Manejo Integral Segun Guia			
Codigo Cups	Cantidad	Descripción	
879902	1	TOMOGRFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	
903818	1	COLESTEROL TOTAL	
903868	1	TRIGLICERIDOS	
903815	1	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	
904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	
903426	1	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	
903895	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
902207	1	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	
903816	1	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	
890244	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	
890291	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA	
890328	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	
895004	1	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	
891704	1	ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA]	
Justificación Clínica			



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y Documento Identificación:	Cédula Ciudadanía 71750001
Nombre Paciente:	SERGIO ANDRES MONTOYA MARIN
Fecha Nacimiento:	31/octubre/1974 Edad y género: 49 Años / 8 Meses / 28 Días, Masculino
Sede:	SEDE JORGE HUMBERTO GONZALEZ NOREÑA
Servicio que brinda atención:	Consulta Externa Cama:
Servicio:	
DATOS DE AFILIACIÓN	
Responsable:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. Régimen: Regimen Simplificado
Tipo de Usuario:	Ninguno Nivel de Afiliación: SUBSIDIADO NIVEL 0
Plan de beneficios:	ALIANZA MEDELLIN EPS SUBSIDIADO EVENTO 2DO NIVEL

HISTORIA CLÍNICA

INGRESO A CONSULTA EXTERNA

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 2

(Fecha: 30/07/2024 11:23 a. m.)

Responsable:

Teléfono

Dirección Resp:

Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica

N° Ingreso: 243863 Fecha: 30/07/2024 9:48:06 a. m.

Causa Enfermedad_General

Externa:

Antecedentes

Motivo de Consulta / Enfermedad Actual: MC CONTROL

DX:

1. DOLOR TORACICO A ESTUDIO
2. CARDIOTIA HIPERTENSIVA FEVI 57%
3. VALVULOPATIA AORTICA DOBLE LESION - ESTENOSIS LEVE E INSUFICIENCIA MODERADA
4. PREDIABETES
5. OBESIDAD GII
6. NEUMOPATIA-TABAQUISMO ACTIVO

Subjetivo: Refiere disnea clase funcional II, episodios de dolor precordial tipo peso duración de 2 minutos con actividad, no síncope ni presíncope, no edemas.

MEDICAMENTOS: hidroclorotiazida 25mg x1, salbutamol 100mcg 2 puff x6hrs, esomeprazol 40mg x1, atorvastatina 40mg x1, asa 100mg x1, acetaminofén 500mg x3, orlistat 120mg x2, metformina 850mgx1,

Reporte de resultados: PARACLINICOS:

19/06/2024 HOLTER 1. Ritmo sinusal con frecuencia cardiaca promedio de 80 Ipm, Variación ciclica normal con frecuencia mínima en el período nocturno 45 Ipm a las 21 47, Frecuencia máxima de 145 Ipm a las 09 42, Conducción AV normal, No pausas, variabilidad normal de la frecuencia cardiaca. Intervalo QTc que se debe correlacionar con EKG de 12 derivaciones. 2. Complejos atriales prematuros aislados.

13/06/2024 ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO: Ventrículo izquierdo de tamaño normal, grosor normal de sus paredes. Contractilidad global y segmentaria conservadas, fracción de eyección calculada en 57 %. 2. Ventrículo derecho de tamaño y función normal. 3. Aurícula izquierda levemente dilatada en ritmo sinusal. 4. Aurícula derecha de tamaño normal en ritmo sinusal. 5. Septos interauricular e interventricular íntegros. 6. Válvula mitral estructural y funcionalmente normal. El patrón de llenado de las cavidades izquierdas y el Doppler tisular muestran signos de disfunción diastólica por trastorno en la relajación. 7. Válvula aórtica tricúspide con esclerosis y focos de calcificación de sus valvas no siendo posible mediante esta técnica definir el número de cúspides con doble lesión valvular: estenosis leve e insuficiencia como mínimo moderada. 8. Válvula tricúspide estructuralmente normal con insuficiencia leve. 9. Válvula pulmonar estructural y funcionalmente normal. 10. Pericardio y vena cava inferior de aspecto normal. 11. Grandes vasos aórtico y pulmonar de aspecto normal. CONCLUSIONES 1. TAMAÑO Y FUNCION SISTOLICA BIVENTRICULAR NORMAL 2. AURÍCULA IZQUIERDA LEVEMENTE DILATADA EN RITMO SINUSAL. 3. DEGENERACIÓN CALCIFICA VALVULAR AORTICA CON DOBLE LESIÓN: ESTENOSIS LEVE E INSUFICIENCIA MODERADA. 4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR LEVE. Nota: Se sugiere complementar con ecocardiograma transesofágico para precisar valvulopatía aortica

26/04/2023: tsh 2.460, hba1c 5.66,

05/04/2023: colesterol 191.85, creatinina 1.18, glicemia 87.4, hdl 23.65, ldl 110.50, triglicéridos 288.48, hb 17.8, plaquetas 279000

03/04/2023: creatinina 1.15, troponina 0.00

08/10/2020 MAPA: INDICACION DEL ESTUDIO: HIPERTENSION ARTERIAL, ASA. Durante el registro diurno de presión arterial el 74.1% de los registros de presión arterial sistólica permanecieron por encima del umbral establecido (135mmHg). El 77.8% de los registros de presión arterial diastólica permanecieron por encima del umbral (85mmHg), El promedio de la presión arterial diurna fue de 151/107 mmhg. Durante la noche el 82.4% todos los registros de presión arterial sistólica permanecieron por encima del umbral (120mmHg), el 52.9% de los registros de presión arterial diastólica permanecieron por encima del umbral (70mmHg), El promedio

Paciente: SERGIO ANDRES MONTOYA MARIN
Impreso Por 79748966

Documento: 71750001

arterial nocturna fue de 137/87 mmHg. El promedio de la Presión arterial fue de 146/99 mmHg. Presión de pulso: 47
cardíaca promedio: 83 Lpm. Índice tobillo-brazo 1,65, Sin descenso fisiológico en el período nocturno del 9.3% (patrón no
CONCLUSIONES: Hipertensión Arterial con promedio las 24 horas de 146/99mmHg, superó los umbrales máximos
idos. Sin descenso fisiológico en el período nocturno del 9.3% (patrón no dipper)

JS Vitales

Presión arterial (mmHg) 160	/100	Presión arterial media (mmHg): 120/120,0000	Frecuencia cardíaca (lat/min): 86
		Peso (Kg): 113	Talla :177,00

Examen Físico

GENERAL (ASPECTO GENERAL, ESTADO MENTAL): Examen Físico TA: 160/100 FC: 86 Lpm Sato2:91 %
PESO: 113 KG Talla 177cm IMC 36 Cuello no ly
Tórax Rsr's no agregados Rscs rítmicos soplo aortico g ii
Abdomen no megalias
Extremidades no edemas Neurológico sin déficit

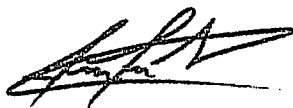
Análisis

ANALISIS: Paciente con Obesidad G II, tabaquismo , Hipertensión arterial no controlada tiene función Biventricular normal y valvulopatía aortica con estenosis leve e insuficiencia moderada esta valvulopatía no es la causante de sus síntomas (disnea , dolor torácico) , se considera realizar angiotomografía coronaria para evaluar presencia de enfermedad coronaria, realizar MAPA 24 horas y por sospecha de síndrome de apnea hipopnea del sueño se solicita estudio del sueño el paciente debe ser evaluado de forma interdisciplinaria con endocrinología, toxicología , se inicia valsartan + amlodipino tableta 80mg + 5mg 1 oral día.

Plan de Manejo

PLAN

- Cita por endocrinología prioritaria
- Cita por toxicología prioritaria
- Cita por cardiología en 3 meses
- MAPA 24 horas en 3 meses
- Estudio del sueño (polisomnografía)
- Angiotomografía contrastada de arterias coronarias prioritarios
- Colesterol, triglicéridos, hdl, tsh, hemoglobina glicosilada, tsh, creatinina, hemograma prioritarios
- Iniciar valsartan + amlodipino tableta 80mg + 5 mg 1 oral día
- Resto de medicación igual



Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756017680300000524

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SERGIO ANDRES

Apellidos: MONTOYA MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 71750001

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/09/2024

Última actualización ciudadano:

12/09/2024

Última actualización via registros administrativos:

17/09/2024

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012 y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín - Sonsón

FECHA: 09 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: María Erika Ocampo Mejía C.C. 1.007.505.889
Hernán Estiben Gallego Ocampo T.I. 1.041.460.644

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfonos: 57(4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054620
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.505.889

OCAMPO MEJIA

APELLIDOS

MARIA ERIKA

NOMBRES

MARIA ERIKA OCAMPO

IRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1990

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

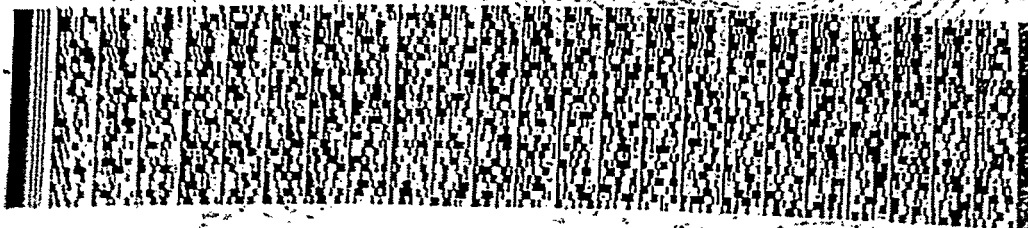
F

SEXO

19-AGO-2008 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00519765-F-1007505889-20131129

0036053471A-1

41317567

100

Fecha Sistema: 11/09/2024		Hora: 8:54:43	
Báquina: 1 de 2		Imprime: DECO	
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		Cedula: 71.373.356	
Medico: CUBERO VERGARA SERGIO		Firma	

Examen físico: FC: 88 bpm SaO2: 94% ambiente
 Paciente en buenas condiciones generales, alerta, orientado.
 Cuello móvil, no palpo adenopatías, sin IY. Tiroidea no visible ni palpable.
 Pulmones con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreastragados.
 Ruidos cardíacos rítmicos, soplo mesosistólico.
 Abdomen blando, no distendido, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izq, no signos de irritación peritoneal, no masas, no megalias.
 Neurología: sin déficit sensitivo ni motor, sin signos de focalización.
 Tacto vaginal: encuentro paredes vaginales de características y morfología normal, no palpo masas, papulas o lesiones. Cuello cervical indurado, de 1 cm de longitud, con ocrecerado, pero con grieta y fístula longitudinal, de mas de 1 cm de largo, dolorosa al tacto, de bordes indurados, irregular. Impresiones mas pequeñas al lado derecho del orificio cervical externo, el guante sale impregnado de sangre (la paciente es clara en decir que el día de hoy NO ha presentado sangrado). Hay dolor a la movilización de anexos sobre todo al lado izquierdo.

19/07/2024
 -citología: se identifican células epiteliales de significación indeterminado asc-us, anormalidades en células epiteliales escamosas, sin flora patógena.
 -p: negativa

18/07/2024
 -ecografía transvaginal: Ecografía dentro de parámetros normales, sin lesiones sugestivas de miomas, tumores o adenomiosis.

23/08/2024
 -papiloma virus humano por tamizaje, vphib: detectado, vphib: no detectado, otros vph de alto riesgo: no detectado
 -paratuberculosis:

al interrogar refiere además disuria intermitente
 la dispareunia o el sangrado postcoital
 además persiste con dolor hipogástrico leve.
 comenta persiste con flujo vaginal transparente pero abundante, en ocasiones es café y de mal olor.
 de la infección) tuvo mejoría clara de síntomas.
 días, además doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días, dice luego de este manejo (sobretodo luego
 En julio 30 de 2024 dejan manejo con ceftriaxona 1 gr im, metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14
 coloración amarilla.
 acompañado de dispareunia, sangrado coital y dolor en hipogastrio, y aumento del flujo feétido de
 vaginal amarillento, desde junto viene con exacerbadón del cuadro, refiere sangrado vaginal ocasional,
 es: paciente con cuadro de dos años de dolor epigástrico y en región lumbar, que asociaba a flujo
 "me mandaron por unos dolores bajitos"

Antecedentes:
 -patológicos: no refiere.
 -alérgicos: no refiere.
 -quirúrgicos: no refiere.
 -toxicológicos: no refiere.
 -inmunológicos: 1 vacuna para el covid, sin refuerzo.
 -ginecológicos: 6p550a0e1v5, tum: no recuerda, planifica con dispositivo subdérmico desde hace 5 años (ya tuvo recambio a los 3 años), generalmente tiene periodos menstruales irregulares, ciclos de 40 a 60 días, en poca cantidad y de muy corta duración.

Paciente femenina de 33 años. residente en vereda taso de sonson, ama de casa-

Motivo de consulta: Ginecología - Teleconsulta No Interactiva
 Valoración de RCV anual según RIAS y protocolo institucional
 Se realiza atención con EPP y protocolo de bioseguridad

F.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		NIT: 890.980.003-5	
HISTORIA CLINICA DE:		GINECOLOGIA	
Atención:		Fecha: 28/03/2024	
Edad: 34 años		Sexo: FEMENINO	
Estrato: SUBSIDIADO-1		ID: CC	
Hora At: 22:47		1.007.505.899	
Entidad: ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA - SA		MUNICIPIO	
Estado Civil: UNIÓN LIBRE		Teléfono: 3503498012	
Historia: 1007505889		Nombre: OCAMPO MEJIA MARIA ERIKA	

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
GINECOLOGIA

Atencion: 72
Fecha: Sep.03/2024

Nombre:	OCAMPO MEJIA MARIA ERIKA	Edad:	34 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3503498012	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1007505889	Id:	CC	1.007.505.889	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Hora Ate:	22:47		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

TELECONCEPTO:
Pte de 34 años. Dolor pelvico cronico. manejo para EPI con mejoría parcial.
Tiene test de PVH positivo 16. Con Citologia ASC-US. Se solicita colposcopia y biopsia.
Se solicita valoración presencial por ginecología.
Dar recomendaciones y signos de alarma.

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: NIEGA A MEDICAMENTOS. CARDIOVASCULARES: SOPLO CARDIACO. QUIRURGICOS: LEGRADO OBSTETRICO HIZO HEMORRAGIA UTERINA EN ULTIMO POSPARTO INMEDIATO CODIGO ROJO. 22 MAYO 2019.
OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE NADA.

Familiares: CARDIOVASCULARES: HTA abuela materna. OTRAS ENFERMEDADES: NO PRESENTA. RESPIRATORIOS: EPOC abuelo materno. HIPERTENSION ARTERIAL: ABUELA MATERNA HTA

Psico-Sociales: CONSUMO TABACO: NIEGA. CONSUMO DE ALCOHOL: MUY OCASIONAL. OTROS: NO REPORTA.

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren DI S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Sep.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrua: , Fecha ultima citologia: Sep.00/0000, Proxima citologia: Sep.00/0000, Resultado de la citologia: , Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruacion: Sep.00/0000, Fecha de parto: Sep.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Examen Fisico:

Concepto Medico: TELECONCEPTO:
Pte de 34 años. Dolor pelvico cronico. manejo para EPI con mejoría parcial.
Tiene test de PVH positivo 16. Con Citologia ASC-US. Se solicita colposcopia y biopsia.
Se solicita valoración presencial por ginecología.
Dar recomendaciones y signos de alarma.

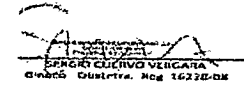
Diagnostico: Dx.Principal: R102-DOLOR PELVICO Y PERINEAL, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: HISTORIA CLINICA, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 281908 - Sep.03/2024

1. COLPOSCOPIA CON BIOPSIA, Cantidad: 1
2. CONSULTA DE CONTROL POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Cantidad: 1

Conductas: Se envia: Pagina: 2 de 2 Imprime: DECO	Medico: CUERVO VERGARA SERGIO Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Cedula: 71.373.356 Registro:	Firma  SERGIO CUERVO VERGARA Cedula: 71.373.356
Fecha Sistema: 11/09/2024 Hora: 8:54:43		



IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 18/08/1990	
Edad y género 34 Años, F.Mujer	
Identificador único 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Página 1 de 4

HISTORIA CLÍNICA

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 03/10/2024 14:30 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA PISO 7

Consulta / Ingreso Médico - Tratante - GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Finalidad: No aplica

ANAMNESIS

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual.

MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA
Paciente de 34 años, residente de Municipio de Sonsón, unión libre, 5 hijos, ama de casa, agricultora. Viene con Omaira Moreno, Amiga.

03/10/2024 Paciente con dolor pélvico de 2 años de evolución, sangrado vaginal irregular, sinusorragia severa

CITOLOGIA 19/07/2024: ASCUS

ADN VPH 23/08/2024: Positivo para VHP 16

COLPOSCOPIA 21/09/2024: Adecuada satisfactoria lie de bajo grado, biopsia CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE

RX TORAX C 1/04/2024: Granuloma calcificado del pulmón izquierdo 2 mm

ECO TV 18/07/2024 útero normal, ovarios de tamaño y aspecto normal

AP: Sople sístico

Niega otras patologías

No quirúrgicos

AF: Niega

EF: Buen estado general

Fsc: Negativa

Abdomen sin masas palpables

TV: Cuello posterior irregular, pequeño úlcera, con tumor de 3 cm de diámetro sin compromiso de vagina

TR: Mucosa rectal libre, parametrios libres

DX: Paciente de 34 años. Cérvix con CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE, estadio clínico I B2

CD: Solicito exámenes de extensión, TAC simple de tórax, RNM abdomen y pelvis con contraste y cita de control con resultados para definir conducta.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico: Normal

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial (mmHg): 120/80, Presión arterial media (mmHg): 93

Frecuencia cardíaca (Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria (Respi/min): 20

Escala del dolor: 0

Peso (kg): 68 Talla (cm): 158 Índice de masa corporal (Kg/m²): 27.23 [Valores de referencia: Normal 18.5-24.9] Superficie corporal (m²): 1.73

Examen físico:

Aspecto general:

Aspecto general: Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal: C539 - TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO. SIN OTRA ESPECIFICACION,
Origen Primario Fecha de diagnóstico: 03/10/2024, Edad al diagnóstico: 34 Años.

ANÁLISIS DE: CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis y Plan de Manejo: DX: Paciente de 34 años, Cérvix con CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE, estadio clínico I B2

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 03/10/2024 16:19:57

18/10/2024 10:28

Consulta IC-431277

Pág. 1/1

DATOS DEL PACIENTE

Paciente: GARCIA MELIA, MARIA EMMA (deanificada) con CC-1007505283

Edad y Género: 33 años, Femenino

Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO

Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA PISO 7

Identificación: Identificador Único: 40152-1

Nombre de la Entidad: ALIENIA MED APT EPS-SUBS PADO

Diagnóstico: C53.1, TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Evolución / Observaciones
18/10/2024 10:28	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA ONCOLOGICA	Tipo de Intervención: Intervención	1	CD. Indicó tratamiento con quimioterapia y valoración por oncología clínica, valoración por radioterapia y esta de control en 3 meses
18/10/2024 10:28	890317	Consulta de primera vez por Radioterapia	Tipo de Intervención: Intervención	1	valoración / Dx. Paciente de 33 años, Célula con CARCINOMA ESCARINOCITARIO INTRINSECO, estado clínico (B) (clase) - B. Radioterapia
18/10/2024 10:28	890378	Consulta de primera vez por Oncología	Tipo de Intervención: Intervención	1	valoración / Dx. Paciente de 33 años, Célula con CARCINOMA ESCARINOCITARIO INTRINSECO, estado clínico (B) (clase) - B. Radioterapia
CD. Indicó tratamiento con quimioterapia y valoración por oncología clínica, valoración por radioterapia y esta de control en 3 meses					
CD. Indicó tratamiento con quimioterapia y valoración por oncología clínica, valoración por radioterapia y esta de control en 3 meses					

MEDICO DUEÑO CLINICA

Firmado Por: LUIS ESTEBAN GARCIA TRINIDAD, GINECOLOGIA ONCOLOGICA, CC-21665303, Psg. 122695

Firmado Electrónicamente

CENTRO ONCOLOGICO DE ANTIOQUIA S.A.S

Dirección: CARRETERA 48 N 46 A SUR - 107 - Teléfono 1221024 ANTIOQUIA - 107 - Web: WWW.COA.COLO

Schedule for: OCAMPO MEJIA, MARIA ERIKA
Schedule Dates: All

Patient ID -ID: 1007505889
Clinical Status: On Tx

Date	Time	Dur	Activity	Description	Dept	Loc	Pri Stf	Sts
06/11/2024	3:00 a. m.	0:10	INICIADO	YA INICIÓ	COA	FIS		S,PE,PS,AE,A
06/11/2024	7:00 a. m.	0:30	CT SIM	CT SIM	COA	SIM		IT,Pr
25/11/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		SC,V
26/11/2024	9:30 a. m.	0:10	RT	Paciente en TTO	COA	EN		
26/11/2024	5:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		C
27/11/2024	6:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
28/11/2024	4:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
29/11/2024	5:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
02/12/2024	4:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
03/12/2024	8:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
04/12/2024	8:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
05/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
06/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
09/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
10/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
11/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
12/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
13/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
16/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
17/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
18/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
19/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
20/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
23/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
24/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
26/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
27/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
30/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
31/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
02/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
03/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		F

Total Activities Scheduled: 31

Camila Agudelo
Auxiliar Administrativa.

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756129881500000162

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ERIKA

Apellidos: OCAMPO MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007505889

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/10/2019

Última actualización ciudadano:

17/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín - Sonsón

FECHA: 09 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Arnulfo Loaiza C.C. 70.727.049

Rosa Inelda Bedoya Carmona C.C. 43.457.487

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 70.727.049

LOAIZA

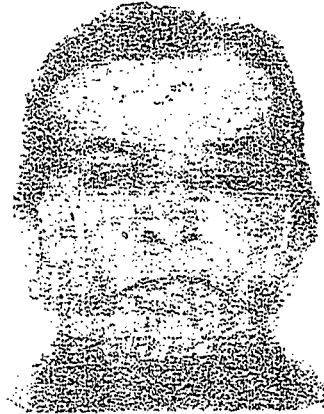
APELLIDOS

ARNULFO

NOMBRES

ARNULFO

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1967

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

C.S. RH

M

SEXO

20-SEP-1990 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0126200-01262991-M-0070727049-20211104

0075098691A 1

54727664

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 43.457.487

BEDOYA CARMONA
APELLIDOS

ROSA INELDA
NOMBRES

Rosa Bedoya
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 26-ABR-1963

ARGELIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-JUL-1987 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0126200-14193441-F-0043457487-20071205 01755.073390 02 231461985



ASTORGA
CLINICA

GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A.

NIT - 811038014-1

CALLE 2 SUR No 46 116

Calle 2 Sur No. 46 - 116, Torre Salud Vegas - 5200140 - Medellín - Colombia

Fecha impresión: 11/03/2025 09:57

Copia

Orden N°: 16581



Orden Consulta Código: 381 Fecha y hora: 11/03/2025 09:55

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	40 NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:55	Fecha atención:	11/03/2025 09:55

Vigencia: 11/03/2025 - 09/06/2025

Tipo de usuario: Contributivo

Vía de ingreso: Consulta externa

Categoría: COTIZANTE CATEGORIA A

Diagnósticos

Principal Ingreso: C61X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA Tipo principal: Confirmado repetido,

#	Servicio/Procedimiento	Cantidad	Área corporal	Lateralidad	Estado	Prioridad	Tipo uso
1	890278 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	1			Solicitada	Programad a	Externo
Especialidad solicitada: Oncología Clínica							
Comentario:							
Observaciones:							

AROLDO GABRIEL FERNANDEZ BUSTILLO

CC 73005763

N° de registro: 13022010

Radioterapia

Firma usuario

20 / marzo

Calle . 8 #43c-55101

Astorga poblado

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 12/03/2025 15:22:56
Autorizada el: 12/03/2025 15:24:01
Impresa el: 12/03/2025 15:24:02

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS - 3150) P003 - 269001502
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58
Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54
Teléfono afiliado: (4) - 3117291386
L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSO

Fecha Nacimiento: 19/01/1967
Departamento: ANTIOQUIA 05
Teléfono celular afiliado: 3107466025

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
Municipio: SONSON 756
Correo electrónico: marfilia63@ammyspy.com

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB

Nit: 811038014 - 1
Dirección: CL 8 N 43 C-55
Teléfono: (4) - 5200140;1003;1004

Código: 050010816501
Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB

Nit: 811038014 - 1
Dirección: CL 8 N 43 C-55
Teléfono: (4) - 5200140;1003;1004

Código: 050010816501
Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Di: C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
890378	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral segun guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MANUELA GONZALEZ GALLEGO
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P003-335157673
Registro Impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEGO

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 19/03/2025 16:08:36
Autorizada el: 19/03/2025 16:10:23
Impresa el: 19/03/2025 16:10:24

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS - 3150) P003 - 269765186
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: SONSON 756

Teléfono afiliado: (4) - 3117291386

Teléfono celular afiliado: 3107456025

Correo electrónico: marinilla63@armyspy.com

L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSO

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB

Nit: 811038014 - 1

Código: 050010816501

Dirección: CL 8 N 43 C-55

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1003;1004

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: MEDICINA 2000 S.A.S.

Nit: 800152349 - 9

Código: 050010144301

Dirección: KRA 46 N° 50-28 EDIFICIO LA PALENCIA 401

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 2510606

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT.	DESCRIPCION
831501	1	MODALIDADES ELECTRICAS O ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral según guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MANUELA GONZALEZ GALLEGO
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Válido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P003-336105150
Registro Impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEGO

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
Autorizada el: 13/03/2025 16:06:09
Impresa el: 19/03/2025 16:03:01

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-3150) P074-269147293
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento:

Municipio:

Teléfono afiliado: 3117291386

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: EVENTO CATASTROFICO

Dx: C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
890278	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo integral segun guía: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* Referencia - Cuenta Médica: P074-335338854
Registro Impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
 Autorizada el: 13/03/2025 16:05:42
 Impresa el: 19/03/2025 16:03:22

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS-3150) P074-269147094
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1957

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 39 54

Departamento:

Municipio:

Teléfono afiliado: 3117291385

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

I.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014 - 1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014 - 1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: EVENTO CATASTROFICO

☒ C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CANT	DESCRIPCION
1	1 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo integral según guía: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ
 Teléfono:
 Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P074-335338644
 Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
 Autorizada el: 13/03/2025 16:05:22
 Impresa el: 19/03/2025 16:03:50

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS-3150) P074-269146962
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento:

Municipio:

Teléfono afiliado: 3117291386

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: EVENTO CATASTROFICO

EX-661X

TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
822445	1	TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES (IGRT)

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo Integral según guías: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P074-335338513
 Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0



GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A.
NIT - 811038014-1
CALLE 2 SUR No 46 116
Calle 2 Sur No. 46 - 116, Torre Salud Vegas - 5200140 - Medellín - Colombia

Fecha impresión: 11/03/2025 09:57
Copia

Orden N°: 4287



Orden Otros procedimientos Código: 383 Fecha y hora: 11/03/2025 09:55

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	40 NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:55	Fecha atención:	11/03/2025 09:55

Vigencia: 11/03/2025 - 09/06/2025

Tipo de usuario: Contributivo

Vía de ingreso: Consulta externa

Categoría: COTIZANTE CATEGORIA A

Diagnósticos

Principal Ingreso: C61X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA Tipo principal: Confirmado repetido,

#	Servicio/Procedimiento	Cantidad	Área corporal	Lateralidad	Estado	Prioridad	Tipo uso
1	922445 - TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]	1			Solicitada	Programada	Externo

Comentario:

Observaciones:

AROLDO GABRIEL FERNANDEZ BUSTILLO

CC 73005763

N° de registro: 13022010

Radioterapia

Firma usuario

HISTORIA CLINICA RADIOTERAPIA CONTROL

890387 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:13	Fecha atención:	11/03/2025 09:13

Estado civil: Casado Lugar de residencia: Medellín Nombre responsable: Gladys Quintero Teléfono responsable: 3146394282 Parentesco responsable: Hijo/a Tipo de vinculación: Cotizante Tipo de usuario: Contributivo

CONSULTA

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual: -28/01/2025: Radioterapia

Paciente masculino de 57 años de edad con Dx: Cáncer de Próstata Gleason 3+4:7, PSAi: 11.81 ng/ml, Riesgo Intermedio Favorable, T2b-N0-Mx estadio x.

-24/01/2024: PSA: 11.81 ng/ml

-Dilatación uretral vía endoscópica.

-26/06/2024: Bp: Próstata: Adenocarcinoma de Próstata Gleason 3+4:7

-6/08/2024: TAC torax: nódulos pulmonares que podrían estar relacionados con compromiso metastásico, se sugiere PET-PSMA.

-25/08/2024: RNM: sin mt, no adp. PIRADS 4. VS normal.

-09/2024: GGO: sin mt.

-19/10/2024: PSA: 11.22 ng/ml

-23/10/2024: PR + LFD: no trae informe de patología.

Plan: en TAC torax de 08/2024 se reportó nódulos sospechosos en pulmón, por lo que se hicieron realizar PET-PSMA el cual no se lo indicaron, posterior a esto realizan PR+LF sin haber descartado compromiso pulmonar. Paciente acude a nueva valoración sin informe de Patología quirúrgica la cual se le solicita. Debe acudir a nueva consulta con RT con estos informes.

-PET-PSMA

-Informe Patología quirúrgica de Prostatectomía Radical

-Creatinina

-PSA

-11/03/2025: Radioterapia ***Control***

Paciente masculino de 57 años de edad con Dx: Cáncer de Próstata Gleason 3+4:7, PSAi: 11.81 ng/ml, Riesgo Intermedio Favorable, T2b-N0-Mx estadio x. en estatus post PR+LFD + pT2-pN1 + Recaída Bioquímica

-14/02/2025: PSA: 0.02 ng/ml

-30/10/2024: Patología: PR+LFD: ADC, Gleason 4+3: 7, IVL -, IPN +, GL: 1/31.

-13/02/2025: PET-PSMA: adp inguinal izq SUV 17.52 mide 1.6x1.6 cm, nódulos pulmonares sin metabolismo.

Plan: Radioterapia a Pelvis 47.5 Gy + ADP 55 Gy + Lecho Qx 65.2 Gy en 25 fx SIB

-Valoración Prioritaria por OM.

-Creatinina

-TAC abd y pelvis cc contraste para simulación.

-Fusionar PET-PSMA

-Se dan recomendaciones

-Lactulosa

-Seguimiento nódulo pulmonar.

-Cita RT con informe de PET-PSMA + Patología + PSA

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Patológicos: No refiere

Descripción Patológicos: DM

HTA

Antecedentes Quirúrgicos: No refiere

Descripción Quirúrgicos: Meniscos derecho

Antecedentes Familiares: No refiere

Antecedentes Alérgicos: No refiere

Otros Antecedentes:

EXAMEN FÍSICO



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

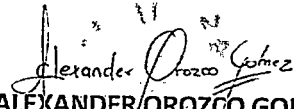
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 10 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Leidy Yohana Ramírez Carmona 1.047.965.451

Luz Adriana Ramírez Carmona C.C. 1.047.967.590

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.047.965.451

RAMIREZ CARMONA

APELLIDOS

LEIDY YOHANA

NOMBRES

Leidy Yohana

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

22-AGO-1987

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

24-OCT-2005 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-0126200-01031417-F-1047965451-20180813

0062281268A 1

50946303

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.967.590

APELLIDOS RAMIREZ CARMONA

NOMBRES LUZ ADRIANA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1990

SONSON (ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

10-JUL-2008 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P:0126200-00155924-F-1047967590-20090508 0011361670A 27556316

REGISTRARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Tenga en cuenta las PREPARACIONES o no será atendido
Citas 1

10
diciembre
2024
12:30 p.m.

Servicio:
Consulta Neurología

Tipo de cita:
Presencial

Profesional:
Sara Robledo

Sede:
Consulta Externa
Medellín



Este código contiene los datos de
tu cita

Muéstralo cuando te lo pidan

Usuario:

LEIDY YOHANA RAMÍREZ
CARMONA

Documento: 1047965451

Recomendaciones

1. Por el alto flujo vehicular, calcule la llegada a la institución una hora antes de la cita programada.
2. Contar con la autorización vigente dirigida al Instituto Neurológico de Colombia.
3. Contar con la Historia Clínica donde está justificada la remisión del paciente a esta especialidad.
4. Traer el documento de identidad.
5. Traer fotocopia del fallo de tutela en caso de ser necesario.
6. Contar con los resultados de exámenes relacionados con la consulta. Si no los tiene para la fecha de la cita por favor cancele y re programe su consulta
7. En caso de pacientes menores de edad y adultos mayores, deben estar acompañados de un adulto responsable que conozca de la condición clínica del paciente
8. Traer el valor del copago que le registra la autorización
9. Para modificar esta cita debe llamar al (604) 322 75 45 o WhatsApp 323 324 04 08.
10. Señor usuario, Si está de acuerdo con las condiciones señaladas anteriormente continúe con la cita de lo contrario, puede cancelar su cita desde el botón CANCELAR y reprogramarla.



Instituto
Neurológico
de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
(ANEXO TECNICO 3)

NUMERO DE SOLICITUD: 00895271

FECHA: 2024-08-08

HORA: 11:23

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA
Código: 050010115001 Dirección: Calle 55 No 46 - 36 NIT: 890.981.374-7
Teléfono: 4 - 576 66 66 Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (Pagador): CODIGO: NO APLICA
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS

DATOS DEL PACIENTE

RAMIREZ CARMONA LEIDY YOHANA
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre
Tipo de Documento: Cedula ciudadania
Fecha de Nacimiento: 1987-08-22 Número: 1047965451
Dirección de Residencia: SONSON Teléfono: 3234416073
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001
Correo electrónico:
Cobertura en salud: Regimen Subsidiado - Total Teléfono Celular:

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención: Enfermedad general Prioridad de la Atención: No prioritaria
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA
Servicio: Consulta de Neurologia Cama:
Manejo Integral Segun Guía: Anexo 6 Atención En Enfermedad Cerebro Vascular

Código CUPS	Cantidad	Descripción
891402	1	ELECTROENCEFALOGRAMA (CUPS: 891402)
88310111	1	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE EPILEPSIA SIMPLE (CUPS: 883101)
8903743	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA EN TRES MESES (CUPS: 890374)

Justificación Clínica:

Neurología

Leidy, 36 años, residente en Sonson, vive con madre y una hija de 17 años, recien con la madre, viene con hermana. No sabe leer ni escribir, solo firma.

Diagnóstico:

Epilepsia focal

Secuelas de meningitis en la infancia: sordera, trastorno del lenguaje secundario, discapacidad intelectual

Antecedentes personales:

- Patológicos: Secuelas de meningitis en la infancia
- Medicamentos: losartán, sertralina
- Alérgicos: no conocidos
- Quirúrgicos: ninguna.
- Tóxicos: no

Neurológico:

Alerta, no habla, no entiende ordenes, Hipoacusia, lee los labios.
Pupilas reactivas, simétricas.
sin paresia de oculocefálicos
Moviliza las 4 extremidades simétricamente
Marcha normal.

Evolución y análisis:

8 8.2024

Motivo de consulta: " le dan unas cosas raras".

Refiere que desde los 20 años aproximadamente que está presentando unos episodios , en los que comienza a gritar, luego " se pone maluca y cae al piso " se desmaya" cae con ojos cerrados, flácida este tener una duración de 10 a 15 minutos, al despertar queda pálida, con temblor y se pone a llorar.

También dice que en las noches se despierta diciendo que le duele el pecho, se comienza a morder las manos, coge cuchillos, siente mucho dolor en el pecho.

Debido a estos síntomas le enviaron manejo en el hospital local con ácido valproico 250 mg cada 8 horas y también le dan carbamazepina 200 mg noche.

Después la hermana que nació normal a los 2 años tuvo una meningitis desde entonces con convulsiones



13 AGO 2024

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
RESUMEN ATENCION

Paciente: LEIDY YOHANA RAMIREZ CARMONA - Cedula ciudadania 1047965451
- Id. Paciente 1045156
Edad: 36 Años - Sexo Femenino - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS ** SAVIA SALUD
PLAN SUBSIDIADO MEDELLIN **

<<<< Consulta Neurologia - 08/08/2024 11:16:23 >>>>

IMC: 0.00 Superficie Corporal: 0.00

Especialidad: Neurologia

Finalidad de la Consulta: Detección de alteraciones del adulto

* Diagnóstico:

- Epilepsia tipo no especificado (G409)

obs:

* Motivo de la Consulta:

- ver concepto

* Signo Vitales

* (T A Sistólica = 120 mmHg)

* (T A Diastólica = 70 mmHg)

* (Frecuencia Cardiaca = 00 Lat/min)

* MEDICAMENTOS FORMULADOS

Order Nro. 1480827 - CONSULTAS MEDELLIN

- Carbamazepina Tableta 200mg

-Obs:

-Resp: SARA ROBLEDO RENGIFO

* EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

Order Nro. 2639808 CONSULTAS MEDELLIN

- ELECTROENCEFALOGRAMA -

- RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE EPILEPSIA

SIMPLE -

- CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

EN TRES MESES

* Concepto:

- Neurologia

Leidy, 36 años, residente en Sonson, vive con madre y una hija de 17 años, recida con la madre, viene con hermana. No sabe leer ni escribir, solo firma.

Diagnóstico:

Epilepsia focal

Secuelas de meningitis en la infancia: sordera, trastorno del lenguaje secundario, discapacidad intelectual

Antecedentes personales:

-Patológicos: Secuelas de meningitis en la infancia

-Medicamentos: losartán, sertralina

-Alérgicos: no conocidos

-Quirúrgicos: ninguna.

-Tóxicos: no

Neurológico:

Alerta no habla, no entiende ordenes, Hipoacusia, lee los labios.

Pupilas reactivas, simétricas.

sin paresia de oculocefálicos

Movilidad: las 4 extremidades simétricamente.

Marcha normal.

Evolución y análisis:

8.8.2024

Motivo de consulta: "le dan unas cosas raras".

Refiere que desde los 20 años aproximadamente que está presentando unos episodios, en los que comienza a gritar, luego "se pone maluca y cae al piso" "se desmaya" cae con ojos cerrados, rígida, este tiene una duración de 10 a 15 minutos, al despertar queda pálida, con temblor y se pone a llorar. También dice que en las noches se despierta diciendo que le duele el pecho, se comienza a morder las manos, coge cuchillos, siente mucho dolor en el pecho.

Debido a estos síntomas le enviaron manejo en el hospital local con ácido valproico 250 mg cada 8 horas y también le dan carbamazepina 200 mg noche.

Dice la hermana que nació normal, a los 3 años tuvo una meningitis desde entonces con sordera.

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756013580500002739

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LEIDY YOHANA

Apellidos: RAMIREZ CARMONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1047965451

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/05/2023

Última actualización ciudadano:

30/05/2023

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	La Ceja- Sonsón

FECHA: 10 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Diana Marcela Arango 1.047.969.635

Emily García Arango NUIP. 1.047.974.474

Luis Adrián García Zambrano C.E. 27.462.118

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61542579
Serial

NUIP

1.047.974.474

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

C Z B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURÍA DE SONSON - COLOMBIA - ANTIOQUIA - SONSON

Datos del inscrito

Primer Apellido

GARCIA

Segundo Apellido

ARANGO

Nombre(s)

EMILY

Fecha de nacimiento

Año

2024

Mes

MAR

Día

15

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

Factor RH

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA ANTIOQUIA LA CEJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

24031610899494

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARANGO MARTINEZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.047.969.635

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GARCIA ZAMBRANO LUIS ADRIAN

Documento de identificación (Clase y número)

DE 27462118

Nacionalidad

VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARANGO MARTINEZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.047.969.635

Firma

Diana Marcela Arango

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año

2024

Mes

MAR

Día

19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Soraya Calderón Blanco - REGISTRA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Luis A. García Z.

Firma

Soraya Calderón B.

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

19.MAR.2024 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 11 FOLIO 244. ART. 118 LEY 1395
DEL 12 DE JULIO DE 2010..

Soraya Calderón B.

Adhesivo Copia
Registro Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30200039-9

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.969.635

ARANGO MARTINEZ

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Marcela

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

06-MAR-1993

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

02-MAY-2011 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

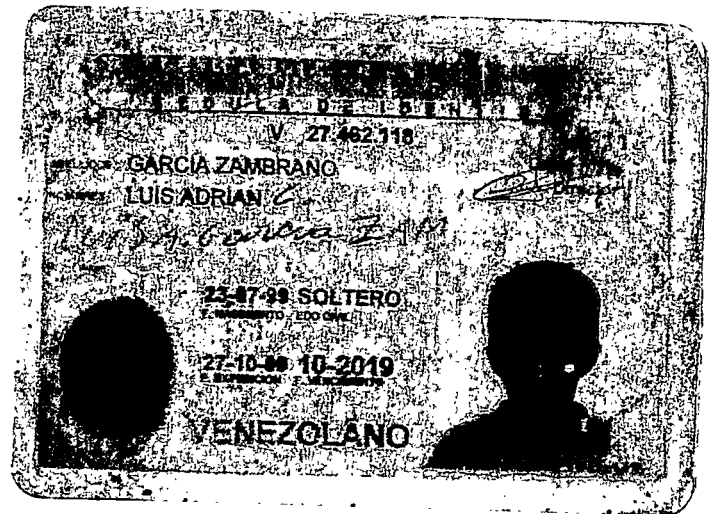
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0126200-00316801-F-1047969635-20110726

0027567504A 1

35508970





ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S

INFORMACION DEL PRESTADOR (autoriza

Nombre

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RIONEGRO)

Código

056150137601

Correo

bienestarsocial@hsjdeserionegro.com

Dirección

Carrera 48 # 56 - 59

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

RIONEGRO

DATOS DEL PACIENTE

GARCIA

ARANGO

EMILY

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento De Identificación

RC

Número documento de identificación

1047974474

Fecha de nacimiento

2024-03-15

Dirección de Residencia Habitual

CR 9 13 168

Teléfono

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

SONSON

Teléfono celular

3137916298

Correo electrónico

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:

Cama

Servicio Pediatría (Consulta Ext)

Diagnostico Principal

M215 - Mano o pie en garra o en talipes pie equinovaro o zambo adquiridos

Manejo Integral según Guía de

Código CUPS

Cantidad

Descripción

890383

1

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

Observación

2024-07-25

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN

20980125

Fecha

2024-07-26

Hora

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:

0.00 %

Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:

21

Reclamo de tiquete, bono o vale de pago

Recaudo del prestador:

Aplica cobro: SI

Cuota

Cuota de

Valor en pesos

Porcentaje %

Copago

Exento cobro

0.00

0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza

Cargo o actividad

mjaramld (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)

AUTORIZADOR SAVIASALUD

Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas

La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días

Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS

018000423683

mañes 10 dic

12:00pm

1/30 antes

Dr. CASHAN A. RAMIREZ

10/12/2024

Sondos la Caja
la Caja de...

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756013580500002676

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILY

Apellidos: GARCIA ARANGO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1047974474

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

19/03/2024

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

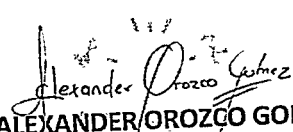
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja- Sonsón

FECHA: 10 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Oscar Martínez Osorio C.C. 70.728.247

Jeferson Martínez Ocampo C.C. 1.007.368.860

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 30 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: sicaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 70.728.247

MARTINEZ OSORIO

APELLIDOS

OSCAR

NOMBRES

[Handwritten Signature]

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

06-JUN-1975

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

A-

G.S. RH

M

SEXO

30-JUN-1993 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



A-0126200-01299122-M-0070728247-20220521

0079446196G 1 54813208

ADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.368.860

MARTINEZ OCAMPO

APELLIDOS

JEFERSON

NOMBRES

Jefferson Martinez O



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-2000

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

A+

M

ESTATURA

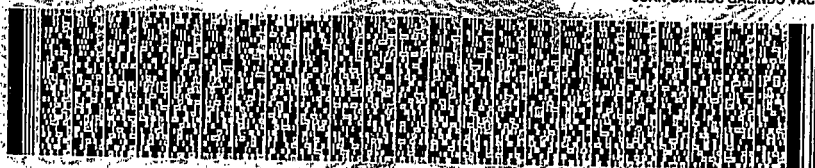
G.S. RH

SEXO

27-JUL-2018 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0126200-01035071-M-1007368860-20180831

0062454479A-1

50946333

SECRETARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 27485338	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-11-26 HORA: 11:29	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS SAS				NI	901054048
Código	056151592801		Teléfono 1	6043225398	
Correo			Teléfono 2	3244117872	
Dirección					
Calle 52 # 45 - 48 CC Rionegro Plaza Piso 3					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
MARTINEZ		OSORIO		OSCAR	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	70728247		Fecha de nacimiento
1975-06-06					
Dirección de Residencia Habitual		CRA 9 N 13 90 BARRIO SAN JOSE			Teléfono
6040001000					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Teléfono celular	3206316117	Correo electrónico	viviana2759@hotmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio otras Consultas de Especialidad (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	T913 - Secuelas de traumatismo de la médula espinal	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
998701	1	PAQ - SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO			
Observación	SE GENERA AUTORIZACION				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22026592		Fecha	2024-11-25	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			533	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
gospinab (GLORIA NANCY OSPINA BERNAL)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 27131402

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2024-10-24

HORA: 02:24

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS SAS			NI	901054048	
Código	056151592801	Telefono 1	6043225398		
Correo		Telefono 2	3244117872		
Dirección					
Calle 52 # 45 - 48 CC Rionegro Plaza Piso 3					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	RIONEGRO		
DATOS DEL PACIENTE					
MARTINEZ		OSORIO	OSCAR		
1er Apellido		2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	70728247	Fecha de nacimiento	1975-06-06
Dirección de Residencia Habitual		CRA 9 N 13 90 BARRIO SAN JOSE		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	SONSON		
Teléfono celular	3206316117	Correo electrónico	viviana2759@hotmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Dolor y Cuidados Paliativos (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	T913 - Secuelas de traumatismo de la medula espinal	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
883220	1	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE			
883210	1	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE			
Observación	anexo con fecha del 19/10/2024 RESONANCIA SIMPLE BAJO ANESTESIA				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21726175	Fecha	2024-10-21	Hora	
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			528	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0	0 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

99870/

**MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

No. Solicitud		2410080174	Fecha y hora		8/10/2024 12:15:07 p. m.
Información del Prestador (Solicitante)					
Nombre:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO			Nit:	890907154-7
Código:	0361501376	Telefono	5313700		
Dirección:	CARRERA 48 N° 56-59				
Departamento:	ANTIOQUIA	Código	05		
Municipio:	RIONEGRO	Código	015		
Entidad a la que se le Solicita (Pagador):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S	Código	EPSS40		
Datos del Paciente					
RUIZ			RIOS		
Primer Apellido			Segundo Apellido		
JUDITH					
Primer Nombre			Segundo Nombre		
Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía	Numero de Documento de Identificación	23099812		
Fecha de Nacimiento:	30/10/1947 7:58:39 p. m.	Telefono	3106852077		
Dirección:	BARRIO SALOME				
Departamento:	ANTIOQUIA	Código	05		
Municipio:	SONSON	Código	756		
Cobertura en Salud:	Subsidiado				
Informe de la Atención y Servicios Solicitados					
Origen de la Atención:	Enfermedad General Adulto	Tipo de Servicio Solicitado:	Posterior/Inicial/Urgencia		
Prioridad de la Atención:	Prioritaria				
Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización: Urgencias					
Servicio:	URGENCIAS CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS	Cama:	261B - 01HOS 261B		
Manejo Integral Según Guía					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
873122	1	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO			
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Justificación Clínica					
Posoperatorio de osteosíntesis de radio					
Impresión Diagnóstica					
Diagnostico Principal	8525	FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO			
Diagnostico relacionado1					
Diagnostico Relacionado2					
Información de la Persona que Solicita					
Nombre de quien Solicita	GOMEZ JIMENEZ LUIS FERNANDO				
Telefono Fijo			Telefono Celular		
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext		
Cargo o Actividad					
Médico que Solicita:	71001745 - GOMEZ JIMENEZ LUIS FERNANDO				

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Donde la vida encuentra su hogar
Calle 100 No. 100-100
San Juan de Dios, Bogotá, Colombia
Teléfono: (57) 310 655 2077

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y Documento Identificación:	Cédula Ciudadanía 22099832
Nombre Paciente:	JUDITH RUIZ RIOS
Fecha Nacimiento:	30/06/1947 Edad y Género: 76 Años / 11 Meses / 3 Días, Femenino
Sede:	SEDE TORRE HUMANISMO GONZALEZ NOBREA
Servicio que brinda atención:	Urgencias
Servicio:	HOSPITALIZACIÓN ORTOPEDIA
DATOS DE AFILIACIÓN	
Responsable:	ALIANZA NEBELIN ANTOQUIA EPS S.A.S. Régimen: Régimen Simplificado
Tipo de Usuario:	Ninguno
Nivel de Afiliación:	SUBSIDIADO NIVEL 1
Plan de Beneficio:	ALIANZA NEBELIN EPS SUBSIDIADO EVENTO 2DO NIVEL

HISTORIA CLÍNICA

HC HISTORIA DESCRIPCION QUIRURGICA

DATOS DEL INTERESO

Responsable: ALEXANDER GIL RUIZ
Dirección Resp:
Familiaridad Consulta: No aplica

FOLIO N° 3
(Fecha: 08/10/2024 12:14 P.M.)

Teléfono: 3106552077
Resp: No Ingresado
Causa: Otro Tipo Accidente
Externa:

DATOS BÁSICOS

Reintervención: No
Motivos de reintervención:
Tipo de cirugía: Urgencia
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: S525 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: S625 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

PROCEDIMIENTO No 1: 0900 REDUCCION ABIECA DE FRACTURA EN DIAPHISIS DE CIBITO O RADIO CONTINUACION INTERNA
PROCEDIMIENTO No 2:
PROCEDIMIENTO No 3:
PROCEDIMIENTO No 3:
PROCEDIMIENTO No 3:
de Quirófano: 4000
Prolifex: SI
¿Cual? Cefazolina
Dosis: 2 gramos
antibiótica administrada:
Tipo de administración de la profilaxis:
MEDICO CIRUJANO NO 1: 71001745 GOMEZ JIMENEZ LUIS FERNANDO
MEDICO CIRUJANO NO 2:
MEDICO ANESTESIOLOGO: 686748B BALLESTEROS PATRON MANUEL EDUARDO
MEDICO AYUDANTE: 73140564 ELKIN FABIO POSADA MARRIN
MEDICO AYUDANTE: 21665086 ELOR ELISA SANCHEZ LOPEZ
AUXILIAR QUE CIRCULA: 1040181212 JULIAN ALEXANDER BEDOYA ESCOBA
INSTRUMENTADOR:
PROCEDIMIENTOS / DESCRIPCION CX:
HALLAZGOS Y DESCRIPCION QUIRURGICA

Paciente con fractura de radio distal izquierda, desplazada hacia dorsal.

Abordaje volar a radio distal izquierda, disección por planos hasta visualizar foco de fractura se hace reducción de la misma y fijación provisional con peros, osteosíntesis con placa para radio distal ancho de 20 tornillos de Ro central con 5 tornillos (corticales) y 4 bloques de 2,5 se verifica con pinzamiento de imágenes, lavado y hemostasia, se cierra por planos, se cubre con vendaje blando y se da de alta.

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

Placa para radio distal ancho de 20 tornillos de Ro dental con 5 tornillos (corticales) y 4 bloques de 2,5)
COMPRESAS 10000 CASAS
FINALES
INICIALES
HEMORRAGIA ESTIMADA
CC

Documento: 22099832

Paciente: JUDITH RUIZ RIOS
Impreso Por: 1007265673
LICENCIADO A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EPS (HUMANISMO) NIT (989047254-7)

CUPS del servicio solicitado:	Servicio Solicitado:	Fecha Actual:	Medios de Control:
073122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	1	Control
Observaciones:			
SS Rx control ap y lateral de radio izquierda en 20 días			
Nombres y apellidos del profesional que atiende:	Registro médico del profesional que atiende:	Especialidad del profesional que atiende:	Fecha y hora Diagnóstico:
GOMEZ JIMENEZ LUIS FERNANDO	10675-33	CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	8/10/2024 12:14:37 p.m.

INDICACIONES MEDICAS			
Tipo de indicación:	Condiciones:	Motivo:	Asistencia:
Salida			
Detalle de la indicación:			
Alto médico			
Cefalexina 500 mg oral cada 6 horas por 5 días			
Aclaminofén 500 mg oral cada 6 horas por 5 días			
Tramadol 9 gotas cada 6 horas			
SS Rx control ap y lateral de radio izquierda			
Cita control en 15 días			
Incapacidad 30 días			
Nombres y apellidos del profesional que atiende:	Registro médico del profesional que atiende:	Especialidad del profesional que atiende:	Fecha y hora Diagnóstico:
GOMEZ JIMENEZ LUIS FERNANDO	10675-33	CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	8/10/2024 12:14:37 p.m.

[Handwritten signature]

GOMEZ JIMENEZ LUIS FERNANDO
Tarjeta Profesional: 10675-33
Especialidad: CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

IMEDI ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS S.A.S



Código del Prestador: 05615152501 NIE: 6010540483
Dirección: CLL No. 45-46 Piso 2 Local 2016
Teléfono: 32353388
Web: www.imedi.com.co
Email: administracion@imedi.com.co

Fecha de Impresión: 2024/10/19 10:27:58
Impreso por: JCAMELO
ORDENES EXTERNAS

Datos del Paciente

Identificación: CC-70728247
Fecha Ingreso: 2024/10/19
Tipo Usuario: Sustituto de pensión
Teléfono: 3217287903
Dirección: CRA 9-13-80
Empresa: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.
Contrato: CONTRATO 01 ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO
Ocupación: EMPLEADO
Acompañante: Tel. Acompañante:
Diagnóstico P: T13 - SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL
Contrato: CONTRATO 01 ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO
Municipio: SONSON
Edad: 48 años

Procedimiento N°: 112

Unidad Funcional: 06 - MEDICINA DEL DOLOR SEDE 1
Fecha: 2024/10/19 Hora: 10:27
Médico: JULIO ERNESTO CAMELO RINCÓN
Datos del Procedimiento:

Código	Descripción	Cantidad
SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS		
ORDENES		
883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE Observación: Resonancia columna cervical y dorsal simple bajo anestesia	1
883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE	1

Atendido por:
Julio Ernesto Camelo Rincón
Especialista Medicina del dolor
y técnicas intervencionales
R.M. 1533009

ATENDIDO POR:
JULIO ERNESTO CAMELO RINCÓN - Esp.
MEDICINA DEL DOLOR - Reg. Médico: 50-2307-
84

Copias: 01 para el paciente, 01 para el laboratorio, 01 para el médico.

IMEDI ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS S.A.S

Código del Prestador: 058151522801 NIT: 9010540483
Dirección: CCL 52 No 45-48 Piso 2 Local 2019
Teléfono: 32295399
Web: www.imedi.com.co
Email: administracion@imedi.com.co

Fecha de Impresión: 2024/10/19 10:28:27
Impreso por: JCAMELO
ORDENES EXTERNAS

Datos del Paciente

Identificación:
Fecha Ingreso:
Tipo Usuario:
Teléfono:
Dirección:
Empresa:
Contrato:
Ocupación:
Acompañante:

CC- 70738247
2024/10/18
Sustituto de pension
3217267903
CRA 9-13-30
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.
CONTRATO 01: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO
EMPLEADO

Paciente:
Hora Ing:
Municipio:
Estado Civil:

MARTINEZ OSORIO OSCAR
09:51

Ingreso: 109624
SONSON

Tel. Acompañante:

Edad: 49 años

Diagnóstico P:
Contrato:
Municipio:

T913- SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL.
CONTRATO 01: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO
SONSON

Procedimiento N° 113

Unidad Funcional: 06 / MEDICINA DEL DOLOR SEDE 1

Fecha: 2024/10/19 Hora: 10:08
Médico: JULIO ERNESTO CAMELO RINCON
Código del Procedimiento:

Código	Descripción	Cantidad
MEDICINA DEL DOLOR		
890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1

Anestesiólogo
Julio Ernesto Camelo Rincon
Especialista Medicina del dolor
Yonandee pizarro
PM 1.05009

ATENDIDO POR
JULIO ERNESTO CAMELO RINCON - Esp.
MEDICINA DEL DOLOR - Reg Médico: 50-2207-

IMEDI ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS S.A.S

Código del Prestador: 056151392801 Nit: 9016540483
Dirección: CL 52 No. 45-48 Piso 2 Local 2018
Teléfono: 32253386
Web: www.imedi.com.co
Email: administracion@imedi.com.co

Fecha de Impresión: 2024/10/19 10:28:51
Impreso por: JCAMELO
ORDENES EXTERNAS

Datos del Paciente

Identificación: CC-70738247 Paciente: MARTINEZ OSORIO OSCAR
Fecha Ingreso: 2024/10/19 Hora Ing: 09:51 Ingreso: 109634
Tipo Usuario: Sustituto de pensión Municipio: SONSON
Teléfono: 3217367903 Estado Civil:
Dirección: CRA 9-13-60
Empresa: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.
Contrato: CONTRATO 01 ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO
Ocupación: EMPLEADO Tel. Acompañante:
Acompañante: Edad: 49 años

Diagnóstico E: T913 - SEQUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL
Contra: CONTRATO 01 ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO
Municipio: SONSON

Procedimiento N°: 114

Unidad Funcional: 04 - MEDICINA DEL DOLOR SEDE 1

Fecha: 2024/10/19 Hora: 10:28
Médico: JULIO ERNESTO CAMELO RINCON
Datos del Procedimiento:

Código	Descripción	Cantidad
MEDICINA DEL DOLOR		
590343	CONSULTA MEDICINA DEL DOLOR Observación: Cita por medicina del dolor en 3 meses	1

Atestado por:
Julio Ernesto Camelo Rincon
Especialista Medicina del dolor
Especialidad: Medicina del dolor
R.M. 136009

ATENDIDO POR:
JULIO ERNESTO CAMELO RINCON - Esp:
MEDICINA DEL DOLOR - Reg Médico: 50-2207-
04

Impreso en: 2010/07/14 10:28:51 por: JCAMELO

IMEDI ESPECIALISTAS EN IMAGENES DIAGNOSTICAS S.A.S



Código del
Prestador: 056151592801 Nit: 9010540483
Dirección: CLL 52 No 45-48 Piso 2 Local 2018
Teléfono: 3225398
Web: www.imedi.com.co
Email: administracion@imedi.com.co

Fecha de Impresión: 2024/10/19 10:26:59
HISTORIA CLÍNICA

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 70728247	Paciente:	MARTINEZ OSORIO OSCAR	Ingreso:	109624
Fecha Ingreso:	2024/10/19	Hora Ing:	09:51		
Tipo Usuario:	Sustituto de pensión	Municipio:	SONSON		
Teléfono:	3217267903	Estado Civil:			
Dirección:	CRA 9-13-90				
Empresa:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				
Contrato:	CONTRATO-01 ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. SAVIA SUBSIDIADO				
Ocupación:	EMPLEADO	Tel. Acompañante:			
Acompañante:					

DATOS HISTORIA CLINICA

CONSULTA MEDICA

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

MEDICINA DEL DOLOR Edad 49 años Soltero 1 Hijo Residente Sonson Ocupación Discapacitado. Se dedicaba a construcción

ENFERMEDAD ACTUAL

18/02/2014 durante actividad laboral presenta trauma sobre columna cervical y dorsal al caer talud de tierra. No realizan ningún procedimiento quirúrgico. No fue reportado como accidente laboral. Desde el accidente limitación funcional, deambula con bastón y dolor región cervical. Tiene episodios durante el día de espasticidad muscular, ha presentado múltiples caídas durante estos episodios. Calificación de pérdida capacidad laboral superior 76.3 %.

ANTECEDENTES INTERVENCIONISMO ANALGESICO

No refiere

AYUDAS DIAGNOSTICAS PREVIAS

No trae

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

* Trauma raquímedular

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

* No refiere

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES MEDICAMENTOSOS

* Acetaminofen / hidrocodona 325/10 mg cada 12 horas desde hace 12 años * Amitriptilina 25 mg cada 12 horas * Fluoxetina 20 mg cada 12 horas * Pregabalina 150 mg cada 12 horas

ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS

No refiere

REVISIÓN POR SISTEMA

EXAMENES FISICO

OBSERVACIONES

Alerta, conciente, orientado. Ingresó y deambula con bastón. Presenta durante la consulta episodio de espasticidad en 4 extremidades sin pérdida de la conciencia y duración de menos de 1 minuto. No tolera exploración al examen físico por alodinia generalizada.

ANÁLISIS

Diagnósticos: * Antecedente de accidente en 2014 * Trauma raquímedular * Secuelas de trauma raquímedular * Dolor de origen central. Análisis: Paciente de 49 años con antecedente en 2014 de accidente laboral no reportado como tal al caer talud de tierra. Presenta trauma cervical y dorsal con trauma raquímedular con secuelas desde el momento del accidente. Tiene limitación funcional por cuadro de espasticidad predominando hemicuerpo derecho y dolor con descriptores neuropáticos generalizados con alodinia. Además llama la atención episodios de espasticidad los cuales se presentan varias veces por día los cuales han generado caídas. Durante la consulta presenta 1 episodio de menos de 1 minuto con severa espasticidad generalizada y mejora espontáneamente. No hay imágenes que soporten que clase de lesión tiene ni secuelas asociadas al trauma y además solicita sea evaluado por neurología. Uso crónico de opiáceos hace más de 10 años. Tiene cita reciente por medicina del dolor en Instituto Neurológico hace 1 mes donde renuevan medicación por 6 meses y además solicitan junta para evaluar la posibilidad de terapias intratecales implantables. Por ahora solicito resonancias, valoración por neurología y cito para seguimiento.

PLAN DE MANEJO

* Resonancia columna cervical y dorsal simple bajo anestesia * Valoración por neurología * Cita por medicina del dolor en 3 meses

PLAN

* Resonancia columna cervical y dorsal simple bajo anestesia
* Valoración por neurología
* Cita por medicina del dolor en 3 meses

IMPRESIÓN CLÍNICA	
Diagnóstico Principal:	T913 - SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL
Diagnóstico Relacionado 1:	-
Diagnóstico Relacionado 2:	-
Diagnóstico Relacionado 3:	-

Anestesiólogo
Julio Ernesto Camelo Rincon
Especialista Medicina del dolor
Vulnérables por lesiones
CEN 139605

ATENDIDO POR

JULIO ERNESTO CAMELO RINCON - Esp: MEDICINA DEL DOLOR - Reg. Médico: 50-2207-04

Registro válido

03/04/2025

05756017680300000851

Fecha de consulta:

Ficha:

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OSCAR

Apellidos: MARTINEZ OSORIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 70728247

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

29/01/2021

Encuesta vigente:

29/01/2021

Última actualización ciudadano:

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

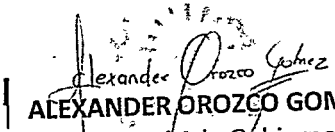
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja- Sonsón

FECHA: 12 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Néstor Darío Ospina Orozco C.C. 70.721.870

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.721.870

OSPINA OROZCO

APELLIDOS

NESTOR DARIO

NOMBRES

Nestor Dario Ospina Orozco

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1954

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

07-JUN-1979 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00020903-M-0070721870-20080708

0000858328A 1 2670000309

VISION INTEGRADOS SAS



Código del Prestador: 050011715502 Nit: 901180382
Dirección: CLL 33 66 B 23
Teléfono: 6071288
Web: www.visionintegrados.com.co
Email: contabilidad@visionintegrados.com.co

Fecha de Impresión: 2024/10/10 11:55:55
Impreso por: JOSE.CHICA
ORDENES EXTERNAS

Datos del Paciente

Identificación: CC - 70721870 Paciente: OSPINA OROZCO NESTOR DARIO
Fecha Ingreso: 2024/10/10 Hora Ing: 11:32 Ingreso: 1367569
Fecha Atención: 2024/10/10 11:40
Fecha Cierre HC:
Fecha Naci: 1954-02-24 Edad: 70 años Sexo: M
Nro.Historia: CC70721870 Tipo Usuario: Beneficiario
Teléfono: 3204923917-6044792374 Estrato: EXENTO DE PAGO Municipio: RIONEGRO
Dirección: UT VISION INTEGRADOS ORIENTE SUB
Empresa: RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO
Contrato: SOLO Tel. Acompañante: 0
Acompañante: Edad: 70 años

Diagnóstico P: H251 - CATARATA SENIL NUCLEAR
Dx Relacionado 1: H544
Contrato: RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO
Municipio: RIONEGRO

Procedimiento N°: 592949

Unidad Funcional: 001 - Consulta Externa

Fecha: 2024/10/10 Hora: 11:55
Médico: JOSE MIGUEL CHICA JIMENEZ
Especialidad: OFTALMOLOGIA GENERAL

Datos del Procedimiento:

Control en 1 mes para evaluación con dilatación pupilar ojo izquierdo para acudir con acompañante.

Código	Descripción	Cantidad
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1



ATENDIDO POR
JOSE MIGUEL CHICA JIMENEZ - Esp:
OFTALMOLOGIA GENERAL - Reg Médico:
051098



Copyright 2010-2011 Zeus Salud. Todos los Derechos Reservados.

604-4480875

Confirmación de consulta

Hola NESTOR, la UT Visión integrados te recuerda tu cita de OFTALMOLOGIA con el profesional JOSE CHICA el día 12/12/2024 4:00 pm. en la CALLE 52 # 45 70 CC Rionegro plaza local 2008 segundo piso **debe de ir acompañado y** estar 1 hora antes.

¿Puedes asistir a la consulta?

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756017680300001976

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NESTOR DARIO

Apellidos: OSPINA OROZCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 70721870

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/02/2025

Última actualización ciudadano:

17/02/2025

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

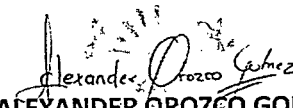
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja- Sonsón

FECHA: 13 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Carmen Rosa Gallego Cardona C.C. 32.533.088

María Gloria Cardona Gallego C.C. 43.463.502

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.533.088
GALLEGO CARDONA

APELLIDOS
CARMEN ROSA

NOMBRES
Carmen Rosa Gallego C.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1957

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

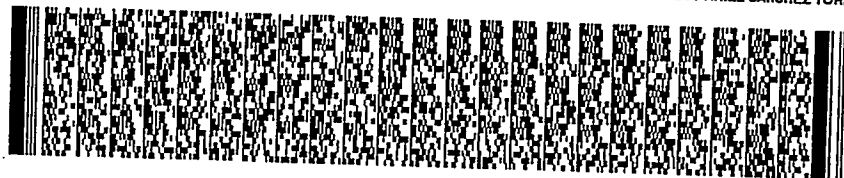
F

SEXO

16-SEP-1976 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00020902-F-0032533088-20080708

0000857810A 1

2460004728

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 43.463.502

CARDONA GALLEGO

APELLIDOS

MARIA GLORIA

NOMBRES

Maria Gloria Cardona

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1981

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-SEP-2001 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A-0126200-01448690-F-0043463502-20240626

0140705063G 1
T E C C ' R L

8512068728

		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			
		Nit: 890.980.003-5			
HISTORIA CLINICA DE: REVISION		Atencion:		116	
		Fecha:		Oct.22/2024	
Nombre:	GALLEGO CARDONA CARMEN ROSA	Edad:	67 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3136259877	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	32533088	Id:	CC	32.533.088	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	13:30		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

ANAMNESIS

Observaciones: CARMEN ROSA, 67 AÑOS, RESIDENTE EN ZONA RURAL DE SONSON VEREDA LAS CRUCES, AMA DE CASA

" PARA VER ESTAS RADIOGRAFIAS "

PACIENTE ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE RX DE CADERA, HOMBRO, Y RODILLA, PACIENTE CON EVIDENTE DIFICULTAD PARA LA MARCHA, USUARIA DE BASTON SIN EMBARGO CON MARCHA LENTA, NECESITA AYUDA DE 2 PERSONAS PARA MOVILIZARSE, ADEMAS CON DOLOR ARTICULAR CRONICO Y RIGIDEZ MATUTINA.

AP
 PATOLOGICOS: ARTRITIS, DEPRESION INSOMNIO
 FARMACOLOGICOS: TIAMINA, DICLOFENACO, ESCITALOPRAM, BETAMETASONA 0.1%, AMITRIPTILINA
 HOSPITALIZACIONES: NIEGA
 QUIRURGICOS: NIEGA
 ALERGICOS: NIEGA
 VACUNACION COVID-19 3 REFUERZOS

PARACLINICOS:

21/10/2024:
 - RADIOGRAFIA HOMBRO DERECHO: LEVES CAMBIOS OSTEOARTROSICOS GLENOHUMERAL Y ACROMIOCLAVICULAR. DISMINUCION EN LA AMPLITUD DE LA RELACION ACROMIO HUMERAL, CONSIDERAR SÍNDROME DE PINZAMIENTO.
 - RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA: INCIPIENTES CAMBIOS OSTEOATRÓSCOS COXO FEMORAL DERECHO, SEVEROS CAMBIOS OSTEOARTRÓSCOS COXO FEMORAL IZQUIERDO, PROTRUSIÓN ACETABULAR IZQUIERDA.
 - RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS: MODERADOS CAMBIOS OSTEOARTROSICOS BILATERAL. DEFORMIDAD EN GENUS VALGUS BILATERAL.

DIAGNOSTICO: ARTROSIS DE MULTIPLES ARTICULACIONES.
 PLAN: VALORACION POR ORTOPEdia.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Diagnostico: Dx.Principal: M199-ARTROSIS, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Conductas. Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 664389 - Oct.22/2024

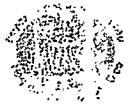
1. ACETAMINOFEN 500 MGS - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:270, Dosis:TOMAR UNA CADA 6 HORAS..
2. AMITRIPTILINA 25 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR EN LA NOCHE..
3. NAPROXENO 250 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:1 CADA 12 HORAS SI DOLOR MUY FUERTE VIA ORAL.
4. BETAMETASONA 0.5% CREMA TOPICA - TUBO X 20 G, Via:TOPICO, Cantidad:6, Dosis:APLICAR EN LAS LESIONES DOS VECES AL DÍA..

Observaciones: FORMULA POR 3 MESES

RECOMENDACIONES - W10 928185 - Oct.22/2024

1. REALIZAR EJERCICIO CON FRECUENCIA, MINIMO 3 A 4 VECES POR SEMANA POR 30 MINUTOS
2. CONSUMO BAJO DE SAL, GRASAS, HARINAS, BUEN CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA Y FIBRA.
3. EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO, TABACO, LICOR, DROGAS PSICOACTIVAS. CONTROLAR EL ESTRES, TENSION O ANSIEDAD.
4. EN MUJERES AUTOEXAME DE SENO CADA MES, CITOLOGIA CADA AÑO EN MENORES DE 70AÑOS, MAMOGRAFIA CADA AÑO EN MAYORES DE 50 AÑOS
5. EN HOMBRERES AUTOEXAMEN TESTICULAR, EXAMEN DE PROSTATA CADA AÑO EN MAYORES DE 45 AÑOS
6. REVISION DE AGUDEZ VISUAL, REVISION ODONTOLOGICA.

Pagina: 1 de 2	Medico:MEDICO INTERNO 2	Firma
Imprime: AFOR	Cedula: 8.909.800.035	
Fecha Sistema:13/12,2024	Registro:	
Hora:7:14:27		

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS				
	Nit: 890.980.003-5				
HISTORIA CLINICA DE: REVISION			Atencion:	116	
			Fecha:	Oct.22/2024	
Nombre:	GALLEGO CARDONA CARMEN ROSA	Edad:	67 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3136259877	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	32533088	Id:	CC	32.533.088	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	13:30		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 287943 - Oct.22/2024

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA, Cantidad: 1

Pagina: 2 de 2 Imprime: APOR	Medico: MEDICO INTERNO 2	Firma
	Cedula: 8.909.800.035 Registro:	
Fecha Sistema: 13/12/2024 Hora: 7:14:27		

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 27177171	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-10-29	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 11:05	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO
					EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
CLINICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA				NI	890905154
Código	053760212501		Telefono 1	6045352020	
Correo	citas@clnicasanjuandedios.com		Teléfono 2		
Dirección					
Avenida San Juan de Dios La Ceja					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	LA CEJA	
DATOS DEL PACIENTE					
GALLEGO		CARDONA	CARMEN	ROSA	
1er Apellido		2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	32533088		Fecha de nacimiento
				1957-07-15	
Dirección de Residencia Habitual		LAS CRUCES			Teléfono
					6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Teléfono celular	3128171409	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	M199 - Artrosis no especificada	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	2024-10-22				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		21749749		Fecha	2024-10-23
				Hora	
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			943	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 003047 14 AGO 2008



NUMERO INFORME: W93 287943 Fecha: Oct.22/2024 Hora: 13:30

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
Código:	057560239401	Nit:	890.980.003-5
Dirección:	CALLE 16 No 7-151		
Teléfono:	8695050	Fax:	8695050
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	SONSON	Código:	756
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	GALLEGO	2do. Apellido:	CARDONA
1er Nombre:	CARMEN	2do. Nombre:	ROSA
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	32.533.088
Fecha de Nacimiento:	Jul.15/1957	Edad:	67 Años
		Sexo:	FEMENINO
Dirección Residencia:	VEREDA LAS CRUCES	Teléfono:	3136259877
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	SONSON	Código:	756
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-0		

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA	Servicio:	MEDICA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Manejo Integral Según Guía:			

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA

Justificación Clínica: CARMEN ROSA, 67 AÑOS, RESIDENTE EN ZONA RURAL DE SONSON VEREDA LAS CRUCES, AMA DE CASA. ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE RX DE CADERA, HOMBRO, Y RODILLA, PACIENTE CON EVIDENTE DIFICULTAD PARA LA MARCHA, USUARIA DE BASTON SIN EMBARGO CON MARCHA LENTA, NECESITA AYUDA DE 2 PERSONAS PARA MOVILIZARSE, ADEMAS CON DOLOR ARTICULAR CRONICO Y RIGIDEZ MATUTINA.

PARACLINICOS:

21/10/2024:

- RADIOGRAFIA HOMBRO DERECHO: LEVES CAMBIOS OSTEOARTROSICOS GLENOHUMERAL Y ACROMIOCLAVICULAR. DISMINUCION EN LA AMPLITUD DE LA RELACION ACROMIO HUMERAL, CONSIDERAR SÍNDROME DE PINZAMIENTO.
- RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA: INCIPIENTES CAMBIOS OSTEOATRÓSICOS COXO FEMORAL DERECHO, SEVEROS CAMBIOS OSTEOARTRÓSICOS COXO FEMORAL IZQUIERDO, PROTRUSIÓN ACETABULAR IZQUIERDA.
- RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS: MODERADOS CAMBIOS OSTEOARTROSICOS BILATERAL. DEFORMIDAD EN GENUS VALGUS BILATERAL.

DIAGNOSTICO: ARTROSIS DE MULTIPLES ARTICULACIONES.
PLAN: VALORACION POR ORTOPEDIA.

Diagnostico principal:	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA	Código CIE10:	M199
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	MEDICO INTERNO 2	Teléfono:	8695050
Registro Medico:		Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL		

Firma

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756012481000000146

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARMEN ROSA

Apellidos: GALLEGO CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 32533088

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/11/2018

Última actualización ciudadano:

14/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSON
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 14 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: María Erika Ocampo Mejía C.C. 1.007.505.889

Hernán Estiben Gallego Ocampo T.I. 1.041.460.644

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ

Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CIUDADANIA

1.007.505.889

Ocampo Mejia

MARIA ERIKA

MARIA ERIKA Ocampo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1990

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

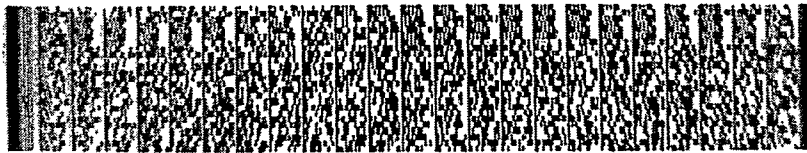
F

SEXO

19-AGO-2008 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARDEL SANCHEZ TORRES



A 11/08/2008 005137851 1007505889 20131129

0036053471A 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.041.460.644

GALLEGO OCAMPO

APELLIDOS

HERNAN ESTIBEN

NOMBRES

Hernan Gallego O



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-2005

SONSON
(ANTIOQUIA)

FECHA DE VENCIMIENTO

15-AGO-2026

A+

M

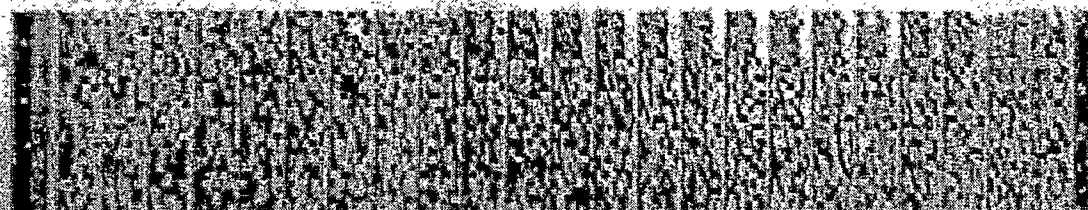
FECHA DE EMISION

10-MAY-2016 ABEJORRAL

LUGAR DE EMISION

FECHA DE RENOVACION

FECHA DE EXPIRACION



NIT: 900236850
Dir.: CARRERA 48 # 46 A SUR - 107
Tel.: 3221024

CENTRO ONCOLOGICO DE ANTIOQUIA S.A.S

ANTIOQUIA

Paciente: OCAMPO MEJIA, MARIA ERIKA

Identificación: CC 1007505889

Teléfono Residencia: 3042328565

Carnét: 1007505889

Responsable: SAVIASALUD ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Plan:

Tipo de Usuario: REGIMEN SUBSIDIADO

Nivel Soc.: NIVEL 1

Consultorio: Q14 QUIMIO SALA GENERAL 14

Tipo de Cita: Primera Vez

Modalidad: Presencial

DATOS DE LA CITA PERIODICA ASIGNADA

Especialidad: ONCOLOGIA MEDICA

Médico: QUIMIO SALA GENERAL 14

Cita Nro.	Nro. Orden	Fecha Cita	Hora Cita	Duración	
365822	1/6	25/11/2024	Lunes 25 de Noviembre de 2024	8:00 a.m.	00:15
365825	2/6	02/12/2024	Lunes 2 de Diciembre de 2024	8:40 a.m.	00:15
365826	3/6	09/12/2024	Lunes 9 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:15
365827	4/6	16/12/2024	Lunes 16 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:15
365828	5/6	23/12/2024	Lunes 23 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:15

Fecha: 03/12/2024 Hora: 12:32:21 Usuario: 1017245629 Período: 2024/11

Especialidad: ONCOLOGIA MEDICA

Médico: QUIMIO SALA GENERAL 11

Cita Nro.	Nro. Orden	Fecha Cita	Hora Cita	Duración	
365829	6/6	30/12/2024	Lunes 30 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:20

Fecha: 03/12/2024 Hora: 12:32:21 Usuario: 1017245629 Período: 2024/11

 Centro Oncológico
de Antioquia
Nit. 900.236.850-2

Schedule for: OCAMPO MEJIA, MARIA ERIKA
Schedule Dates: All

Patient ID - ID: 1007505889
Clinical Status: On Tx

Date	Time	Dur	Activity	Description	Dept	Loc	Pri Stf	Sts
06/11/2024	3:00 a. m.	0:10	INICIADO	YA INICIÓ	COA	FIS		S,PE,PS,AE,A
06/11/2024	7:00 a. m.	0:30	CT SIM	CT SIM	COA	SIM		IT,Pr
25/11/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		SC,V
26/11/2024	9:30 a. m.	0:10	RT	Paciente en TTO	COA	EN		
26/11/2024	5:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		C
27/11/2024	6:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
28/11/2024	4:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
29/11/2024	5:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
02/12/2024	4:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
03/12/2024	8:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
04/12/2024	8:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
05/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
06/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
09/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
10/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
11/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
12/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
13/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
16/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
17/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
18/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
19/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
20/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
23/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
24/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
26/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
27/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
30/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
31/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
02/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
03/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		F

Total Activities Scheduled: 31

Camila Agudelo
Auxiliar Administrativa.



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT-EPS-SUBSIDIADO

Página 4 de 9

OTRAS NOTAS

Andrés Córdoba

Firmado por: ANDRES CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro 5214205, CC 71310928, el 02/11/2024 12:51

Andrés Córdoba

Firmado por: ANDRES CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro 5214205, CC 71310928, el 02/11/2024 12:51

Fecha: 02/11/2024 12:53 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA PISO 7

Registro de documentos - ONCOLOGIA MEDICA

FORMATO PE-F31-CI CONSENTIMIENTO INFORMADO DE QUIMIOTERAPIA

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, TERAPIA O SITUACIÓN

La quimioterapia es una terapia empleada en el tratamiento del cáncer. Los tumores malignos (cáncer) se caracterizan por que sus células están alteradas, modificándose el mecanismo habitual de división, lo que ocasiona la división descontrolada, invasión y afectación de órganos vecinos.

El tratamiento consiste en emplear diversos medicamentos para destruir células cancerígenas y reducir o eliminar completamente la enfermedad. Los medicamentos empleados son denominados antineoplásicos o quimioterápicos. Estos tienen efectos secundarios en mayor o menor medida porque actúan en las células malignas y en las sanas, indistintamente.

El esquema de tratamiento formulado por su médico Hematólogo u Oncólogo es de acuerdo a su tipo de cáncer y se realiza de forma intravenosa, oral, subcutánea, intravesical, o intratecal de acuerdo al protocolo mas adecuado para usted. La terapia se suministra en varios ciclos combinados con periodos de descanso, la duración del tratamiento depende del tipo de cáncer que padezca el paciente y la medicación que se le suministre; también entra en juego si el cáncer está localizado, localmente avanzado o diseminado.

He entendido el diagnóstico, y que debido a esto se me propone por parte de los profesionales tratantes, realizarme el tratamiento con el esquema de Quimioterapia:

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 02/11/2024 13:02:34

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

OTRAS NOTAS

cisplatino

2. BENEFICIOS Y OBJETIVOS

- Mejorar la supervivencia libre de progresión del cáncer.
- Mejorar la calidad de vida.
- Disminuir la extensión de la enfermedad.
- En algunos casos posibilitar una cirugía menos invasiva.
- Disminuir la posibilidad de reaparición de cáncer y por lo tanto mejorar la supervivencia a largo plazo.

3. RIESGOS O EFECTOS SECUNDARIOS DERIVADOS DEL PROCEDIMIENTO, TERAPIA O SITUACIÓN

Los riesgos generales de esta terapia, pueden ser:

- Cansancio.
- Se pueden presentar cambios en sus uñas: cambios en la coloración
- Caída del cabello total o parcial, de manera temporal o permanente en algunos casos según el medicamento administrado
- Alteraciones y síntomas en el sistema gastrointestinal como: vómito, estreñimiento, diarrea, inflamación de las mucosas y úlceras en boca.
- Alteración en los elementos sanguíneos dando origen a anemia, leucopenia (baja de las defensas), linfopenia, disminución de plaquetas (facilitando sangrados)
- Puede causar alteraciones a nivel de órganos como: corazón, pulmón, riñón, hígado, entre otros.
- Alteración de la fertilidad temporal o definitiva por lo tanto debe evitar el embarazo durante el tratamiento. Esto se debe a que las drogas pueden hacer daño al bebé en desarrollo. Es importante utilizar un método anticonceptivo durante y por al menos 6 meses después de la quimioterapia.
- Infecciones sistémicas.
- Reacciones alérgicas a medicamentos.
- Descompensación de enfermedades previas como hipertensión, asma, bronquitis, diabetes, cardiopatía, anemia, entre otras.
- Otro tipo de complicaciones que pueden derivarse del tratamiento como alteración del estado de ánimo y sus consecuencias (tendencia a la depresión)
- Paro cardiorrespiratorio.
- Muerte

Otros:



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Página 6 de 9

OTRAS NOTAS

4. IMPLICACIONES DEL ACTO ASISTENCIAL

En caso de no aceptar el tratamiento propuesto por sus médicos tratantes, usted debe ser consciente de que su enfermedad puede progresar y afectar otros órganos o empeorar la afectación de los ya comprometidos; lo que ocasionara incluso su muerte y se propondrá solo manejo sintomático.

5. CONSENTIMIENTO

Manifiesto haber recibido y entendido la información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre mi enfermedad y estado actual, además de los beneficios, riesgos, las complicaciones y secuelas inherentes y las implicaciones de no aceptar la terapia. Se me han comunicado las alternativas existentes y disponibles, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes del procedimiento o intervención. Me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas con el propósito de que mi atención sea adecuada. Otorgo mi autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, entiendo que puede haber situaciones imprevistas y de antemano autorizo al personal médico para que actúe de la mejor forma posible bajo el criterio del equipo médico que esté a mi cargo. Por tanto, de manera libre y voluntaria firmo este documento conociendo mi derecho a aceptar o rechazar el procedimiento quirúrgico en cualquier momento antes de que este inicie.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular el consentimiento antes de que se inicie el tratamiento o terapia, para lo cual deberé firmar el **DISSENTIMIENTO INFORMADO**.

Libre y voluntariamente AUTORIZO la realización del procedimiento o intervención indicado

Nombre Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA

Documento Paciente: 1007505889

Firma Paciente:

MARIA ERIKA OCAMPO



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Página 8 de 9

OTRAS NOTAS

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y/O DISENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información completa y clara sobre el procedimiento al que me voy a someter la cual ha sido plenamente comprendida por mí. He aclarado con el médico todas mis dudas al respecto. Por lo anteriormente dicho, y en pleno uso de mis facultades, autorizo al Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. a realizar en mí o en la paciente que represento el procedimiento arriba descrito, el cual fue solicitado por mi médico tratante.

Entiendo y asumo los riesgos relacionados con su realización y autorizo a que se tomen las medidas necesarias pertinentes para paliar cualquier complicación derivada del procedimiento.

NOTA: Como paciente, usted tiene derecho a retractarse de este consentimiento informado, en cualquier momento antes o durante la realización del estudio

Firma Disentimiento:

Andrés Córdoba

Firmado por: ANDRES CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro 5214205, CC 71310928, el 02/11/2024 12:55

ÓRDENES MÉDICAS

02/11/2024 12:52

- Ambulatoria/Externa - Ecocardiograma Transtorácico, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Creatinina en Suero, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Hemograma IV Automatizado, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Transaminasa Glutámico-Pirúvica [Alanino Amino Transferasa], para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Transaminasa Glutámico Oxalacética [Aspartato Amino Transferasa], para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52

Firmado por : ANDRES CORDOBA SANCHEZ , ONCOLOGIA MEDICA, Registro: 5214205 , CC 71310928

02/11/2024 12:53

- Ambulatoria/Externa - Consulta de control o de seguimiento por Especialista en Oncología, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:53
- Ambulatoria/Externa - Politerapia Antineoplásica Alta Toxicidad, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:53

Firmado por : ANDRES CORDOBA SANCHEZ , ONCOLOGIA MEDICA, Registro: 5214205 , CC 71310928



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Página 7 de 9

OTRAS NOTAS

Firmado el 02/11/2024 13:02

En mi calidad de médico responsable, declaro que he informado al paciente del propósito y la naturaleza del tratamiento descrito y de sus posibles riesgos y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

Nombre Profesional: ANDRES CORDOBA SANCHEZ

Documento Profesional: 71310928

Firma Profesional:

Firmado el 02/11/2024 13:02

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Como sé que el paciente MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito, el médico me ha explicado de forma satisfactoria en qué consiste, como se hace y para que se hace esta intervención. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que el doctor realice este procedimiento.

Nombre Tutor:

Documento Tutor:

Firma tutor:

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756129881500000162

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ERIKA

Apellidos: OCAMPO MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007505889

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/10/2019

Última actualización ciudadano:

17/10/2019

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín - Sonsón

FECHA: 15 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Arnulfo Loaiza C.C. 70.727.049

Rosa Inelda Bedoya Carmona C.C. 43.457.487

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869.4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 70.727.049

LOAIZA

APÉLIDOS

ARNULFO

NOMBRES

Argelia

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1967

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

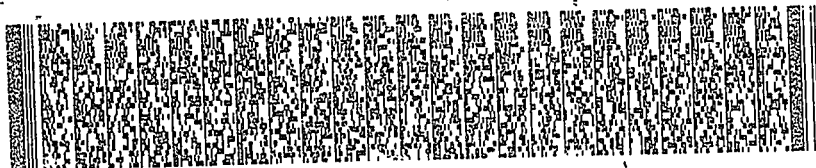
GRUPO SANG

20-SEP-1990 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0126200-01262991-M-0070727049-20211104

0076098591A 1 54727664

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 43.457.487

APELLIDOS: BEDOYA CARMONA

NOMBRES: ROSA INELDA

FIRMA: Rosa Bedoya



FECHA DE NACIMIENTO: 26-ABR-1963

ARGELIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

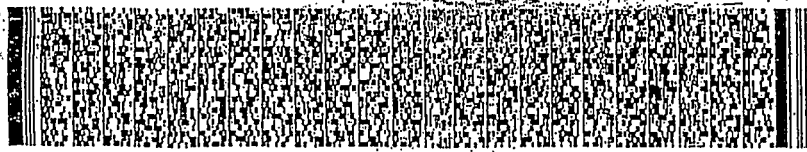
O+
G.S. RH

F
SEXO

16-JUL-1987 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0126200-141C3441-F-0043457487-20071205 01755.073390 02 231461985



ASTORGA
CLINICA

GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A.

NIT - 811038014-1

CALLE 2 SUR No 46 116

Calle 2 Sur No. 46 - 116, Torre Salud Vegas - 5200140 - Medellín - Colombia

Fecha impresión: 11/03/2025 09:57
Copia

Orden N°: 16581



Orden Consulta Código: 381 Fecha y hora: 11/03/2025 09:55

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	40 NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:55	Fecha atención:	11/03/2025 09:55

Vigencia: 11/03/2025 - 09/06/2025

Tipo de usuario: Contributivo

Vía de ingreso: Consulta externa

Categoría: COTIZANTE CATEGORIA A

Diagnósticos

Principal Ingreso: C61X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA Tipo principal: Confirmado repetido,

Cantidad	Área corporal	Lateralidad	Estado Solicitada	Prioridad Programad	Tipo uso Externo
----------	---------------	-------------	-------------------	---------------------	------------------

#	Servicio/Procedimiento
1	890278 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Especialidad solicitada: Oncología Clínica

Comentario:

Observaciones:

Firma usuario

AROLDO GABRIEL FERNANDEZ BUSTILLO

CC 73005763

N° de registro: 13022010

Radioterapia

20 / marzo

Calle 8 #43c-55101

Astorga poblado

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 12/03/2025 15:22:56
 Autorizada el: 12/03/2025 15:24:01
 Impresa el: 12/03/2025 15:24:02

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 3150) P003 - 269001502
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049
 Edad: 58
 Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54
 Teléfono afiliado: (4) - 3117291386
 L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSO

LOAIZA ARNULFO

Fecha Nacimiento: 19/01/1967
 Departamento: ANTIOQUIA 05
 Teléfono celular afiliado: 3107466025

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
 Municipio: SONSON 758
 Correo electrónico: marinilla63@armyspy.com

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB
 Nit: 811038014 - 1
 Dirección: CL 8 N 43 C-55
 Teléfono: (4) - 5200140;1003;1004

Código: 050010816501
 Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL
 Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB
 Nit: 811038014 - 1
 Dirección: CL 8 N 43 C-55
 Teléfono: (4) - 5200140;1003;1004

Código: 050010816501
 Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL

☒ C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO EPS	CANT	DESCRIPCION DE SERVICIO
890378	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral según guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MANUELA GONZALEZ GALLEG0
 Teléfono:
 Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valida por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P003-335157673
 Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 19/03/2025 16:08:36
 Autorizada el: 19/03/2025 16:10:23
 Impresa el: 19/03/2025 16:10:24

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS - 3150) P003 - 269765186
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58
 Dirección Afiliado: CARRERA 39 54
 Teléfono afiliado: (4) 3117291385
 L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSO

Fecha Nacimiento: 19/01/1967
 Departamento: ANTIOQUIA 05
 Teléfono celular afiliado: 3107466025

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
 Municipio: SONSON 756
 Correo electrónico: martinia63@amyspy.com

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB
 Nit: 811038014-1
 Dirección: CL 8 N 43 C-55
 Teléfono: (4) 5200140;1003;1004

Código: 050010816501
 Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL
 Remitido a: MEDICINA 2000 S.A.S.
 Nit: 800152349-9
 Dirección: KRA 46 N° 50-28 EDIFICIO LA PALENCIA 401
 Teléfono: (4) 2510606

Código: 050010144301
 Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
 Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Diagnóstico: TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT.	DESCRIPCION
831501	1	MODALIDADES ELECTRICAS O ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral según guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MANUELA GONZALEZ GALLEGO
 Teléfono:
 Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* Referencia - Cuenta Médica: P003-336105150
 Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEGO

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
 Autorizada el: 13/03/2025 16:06:09
 Impresa el: 19/03/2025 16:03:01

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS-3150) P074-269147293
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento:

Teléfono afiliado: 3117291386

Teléfono celular afiliado:

IPS Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Municipio:

Correo electrónico:

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05,

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 5200140;1007

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 5200140;1007

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
 Origen: EVENTO CATASTROFICO

Diagnóstico: C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
880278	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo Integral segun guía: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P074-335338854
 Registro Impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
Autorizada el: 13/03/2025 16:05:42
Impresa el: 19/03/2025 16:03:22

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-3150) P074-269147094
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento:

Municipio:

Teléfono afiliado: 3117291366

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

I.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 5200140;1007

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 5200140;1007

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: EVENTO CATASTROFICO

Del: CBIX TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
879420	1	ECMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo integral según guía: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P074-335338644
Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
Autorizada el: 13/03/2025 16:05:22
Impresa el: 19/03/2025 16:03:50

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-3150) P074-269146962
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049
Edad: 58
Dirección Afiliado: CARRERA 39 54
Teléfono afiliado: 3117291386
LP.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

LOAIZA ARNULFO

Fecha Nacimiento: 19/01/1967
Departamento:
Teléfono celular afiliado:

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)
Municipio:
Correo electrónico:

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP
Nit: 811038014-1
Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804
Teléfono: (4) 5200140;1007

Código: 050010816502
Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLDO GABRIEL
Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP
Nit: 811038014-1
Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804
Teléfono: (4) 5200140;1007

Código: 050010816502
Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: EVENTO CATASTROFICO

Di: C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	DESCRIPCION
822445	1 TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL, TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES IIGRT)

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo Integral segun guia: SI
POSTVENTA MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valida por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P074-335338513
Registro Impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0



GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A.
NIT - 811038014-1
CALLE 2 SUR No 46 116
Calle 2 Sur No. 46 - 116, Torre Salud Vegas - 5200140 - Medellín - Colombia

Fecha impresión: 11/03/2025 09:57
Copia

Orden N°: 4287



Orden Otros procedimientos Código: 383 Fecha y hora: 11/03/2025 09:55

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Días
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	40 NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:55	Fecha atención:	11/03/2025 09:55

Vigencia: 11/03/2025 - 09/06/2025

Tipo de usuario: Contributivo

Vía de ingreso: Consulta externa

Categoría: COTIZANTE CATEGORIA A

Diagnósticos

Principal Ingreso: C61X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA Tipo principal: Confirmado repetido,

#	Servicio/Procedimiento	Cantidad	Área corporal	Lateralidad	Estado Solicitada	Prioridad Programada	Tipo uso Externo
1	922445 - TELETHERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]	1				a	

Comentario:

Observaciones:

AROLDO GABRIEL FERNANDEZ BUSTILLO
CC 73005763
N° de registro: 13022010
Radioterapia

Firma usuario

HISTORIA CLINICA RADIOTERAPIA CONTROL

890387 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58-Años/1 Meses/23 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:13	Fecha atención:	11/03/2025 09:13

Estado civil: Casado Lugar de residencia: Medellín Nombre responsable: Gladys Quintero Teléfono responsable: 3146394282 Parentesco responsable: Hijo/a Tipo de vinculación: Cotizante Tipo de usuario: Contributivo

CONSULTA

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual: -28/01/2025: Radioterapia

Paciente masculino de 57 años de edad con Dx: Cáncer de Próstata Gleason 3+4:7, PSAi: 11.81 ng/ml, Riesgo Intermedio Favorable, T2b-N0-Mx estadio x.

-24/01/2024: PSA: 11.81 ng/ml

-Dilatación uretral vía endoscópica.

-26/06/2024: Bp: Próstata: Adenocarcinoma de Próstata Gleason 3+4:7

-6/08/2024: TAC torax: nódulos pulmonares que podrían estar relacionados con compromiso metastásico, se sugiere PET-PSMA.

-25/08/2024: RNM: sin mt, no adp. PIRADS 4. VS normal.

-09/2024: GGO: sin mt.

-19/10/2024: PSA: 11.22 ng/ml

-23/10/2024: PR + LFD: no trae informe de patología.

Plan: en TAC torax de 08/2024 se reportó nódulos sospechosos en pulmón, por lo que se le indicaron realizar PET-PSMA el cual no se lo indicaron, posterior a esto se realizan PR+LFD sin haber descartado compromiso pulmonar. Paciente acude a nueva valoración sin informe de Patología quirúrgica la cual se le solicita. Debe acudir a nueva consulta con RT con estos informes.

-PET-PSMA

-Informe Patología quirúrgica de Prostatectomía Radical

-Creatinina

-PSA

-11/03/2025: Radioterapia ***Control***

Paciente masculino de 57 años de edad con Dx: Cáncer de Próstata Gleason 3+4:7, PSAi: 11.81 ng/ml, Riesgo Intermedio Favorable, T2b-N0-Mx estadio x. en estatus post PR+LFD + pT2-pN1 + Recaída Bioquímica

-14/02/2025: PSA: 0.02 ng/ml

-30/10/2024: Patología: PR+LFD: ADC, Gleason 4+3: 7, IVL -, IPN +, GL: 1/31.

-13/02/2025: PET-PSMA: adp inguinal izq SUV 17.52 mide 1.6x1.6 cm, nódulos pulmonares sin metabolismo.

Plan: Radioterapia a Pelvis 47.5 Gy + ADP 55 Gy + Lecho Qx 65.2 Gy en 25 fx SIB

-Valoración Prioritaria por OM.

-Creatinina

-TAC abd y pelvis cc contraste para simulación.

-Fusionar PET-PSMA

-Se dan recomendaciones

-Lactulosa

-Seguimiento nódulo pulmonar.

-Cita RT con informe de PET-PSMA + Patología + PSA

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Patológicos: No refiere

Descripción Patológicos: DM

HTA

Antecedentes Quirúrgicos: No refiere

Descripción Quirúrgicos: Meniscos derecho

Antecedentes Familiares: No refiere

Antecedentes Alérgicos: No refiere

Otros Antecedentes:

EXAMEN FÍSICO



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 16 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: María Erika Ocampo Mejía C.C. 1.007.505.889

Hernán Estiben Gallego Ocampo T.I. 1.041.460.644

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.505.889

Ocampo Mejia

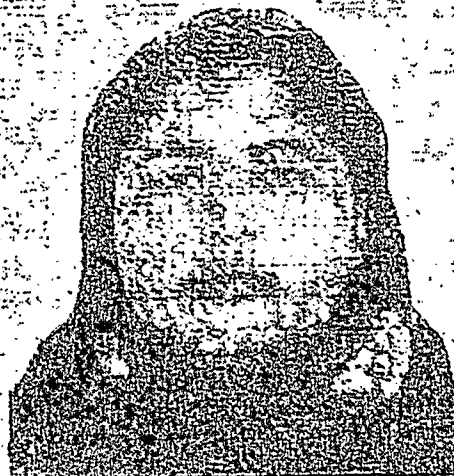
APELLIDOS

MARIA ERIKA

NOMBRES

MARIA ERIKA Ocampo

IRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

18-AGO-1990

SONSON

(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

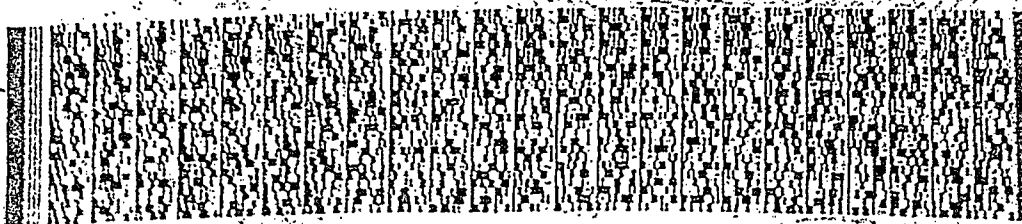
F

SEXO

19-AGO-2008 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00519785-F-1007505889-20131129

0036053471A-10

41317567

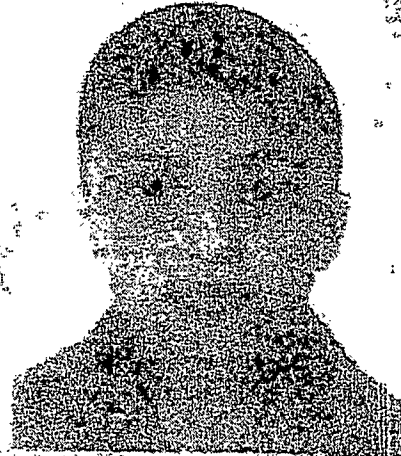
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION 1.041.460.644

GALLEGO OCAMPO

HERNAN ESTIBEN

Hernan Gallego O

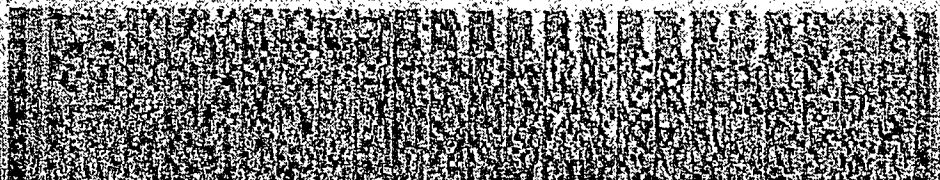


SONSON
(ANTIOQUIA)

15-AGO-2008

15-AGO-2026

15-MAY-2016 ABEJORRA



		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS NIT: 890.980.003-5	
HISTORIA CLINICA DE:		GINECOLOGIA	
Atención: 2024/03/03		Fecha: 2024/03/03	
Edad: 34 años		Estrato: 5-201	
Estrato: 5-201		Estrato: 5-201	
ID: CC		ID: CC	
Hora At: 22:47		Hora At: 22:47	
Entidad: ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA - SA		Entidad: ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA - SA	
Nombre: GARCIA MARIA ERIKA		Nombre: GARCIA MARIA ERIKA	
Teléfono: 3503498012		Teléfono: 3503498012	
Historia: 1007505889		Historia: 1007505889	
Estado Civil: UNIÓN LIBRE		Estado Civil: UNIÓN LIBRE	
Entidad: ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA - SA		Entidad: ALIANZA MEDICINA ANTIOQUIA - SA	

Motivo de Consulta: Ginecología - Teleconsulta No Interactiva
Valoración de RCV anual según RIAS y protocolo institucional
Se realiza atención con ERF y protocolo de bioseguridad
Paciente femenina de 33 años, residente en vereda tasaño de sonson, ama de casa-

Antecedentes:
- Patológicos: no refiere.
- Alérgicos: no refiere.
- Quirúrgicos: no refiere.
- Toxicológicos: no refiere.
- Inmunológicos: 1 vacuna para el covid, sin refuerzo.
- Ginecológicos: ginecobdelav, tum: no recuerda, planifica con dispositivos subdérmico desde hace 5 años (ya tuvo embarazo a los 3 años), generalmente tiene periodos menstruales irregulares, ciclos de 40 a 60 días, en poca cantidad y de muy corta duración.

"me mandaron por unos dolores bajitos"
es: paciente con cuadro de dolor epigástrico y en región lumbar, que asociada a flujo vaginal amarillento, desde junio viene con exacerbación del cuadro, refiere sangrado vaginal ocasional, acompañado de dispareunia, sangrado coital y dolor en hipogastrio, y aumento del flujo fértil de coloración amarillenta.
En julio 30 de 2024 dejan manejo con ceftriaxona 1 gr im, metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días, además doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días. dice luego de este manejo (sobretodo luego de la ingesta) tuvo mejoría clara de síntomas.
además persiste con flujo vaginal transparente pero abundante, en ocasiones es café y de mal olor.
dice no ha vuelto a tener relaciones sexuales por orden medica por lo que desconoce si persiste con la dispareunia o el sangrado postcoital
al interrogar refiere además disuria intermitente

Paracitosis:
23/08/2024
- Papiloma virus humano por tamizaje, vph: no detectado, otros vph de alto riesgo: no detectado
18/07/2024
- Ecografía transvaginal: Ecografía dentro de parámetros normales, sin lesiones sugestivas de miomas, tumores o adenomiosis.
16/07/2024
- Citología: se identifican células epiteliales de significado indeterminado asc-us, anomalías en células epiteliales escamosas, sin flora patógena.
- Pte: negativa

Examen físico:
F: 110/72 mmHg FC: 88 bpm SaO2: 94% ambiente
Paciente en buenas condiciones generales, alerta, orientado.
Cuello móvil, no palpo adenopatías, sin IV. Tiroidea no visible ni palpable
Ruidos cardíacos rítmicos, soplo mesocostal.
Abdomen blando, no distendido, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izq, no signos de irritación peritoneal, no masas, no megalias.
Neurólogo: sin déficit sensitivo ni motor, sin signos de focalización.
Tacto vaginal: encuentro paredes vaginales de características y morfología normal, no palpo masas, papulas o lesiones. Cuello cervical indurado, de 1 cm de longitud, con cocearado, pero con grieta y figura longitudinal, de mas de 1 cm de largo, dolorosa al tacto, de bordes indurados, irregular. Impresión masa pequeña al lado derecho del orificio cervical externo, el guante sale impregnado de sangre (la paciente es clara en decir que el día de hoy no ha presentado sangrado). Hay dolor a la movilización de anexos sobre todo al lado izquierdo

Fecha sistema: 11/09/2024 Hora: 8:54:43		Cédula: 71.373.356 Registro:
Página: 1 de 2 Impulso: DECO		Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Medico: CUERVO VERGARA SERGIO		Firma

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
GINECOLOGIAAtencion: 72
Fecha: Sep.03/2024

Nombre:	OCAMPO MEJIA MARIA ERIKA	Edad:	34 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3503498012	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	1607505889	Id:	CC	1.007.505.889	
Estado Civil:	UNION LIBRE	Hora Ate:	22:47		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

TELECONCEPTO:
Pte de 34 años. Dolor pelvico cronico. manejo para EPI con mejoría parcial.
Tiene test de PVH positivo 16. Con Citología ASC-US. Se solicita colposcopia y biopsia.
Se solicita valoración presencial por ginecología.
Dar recomendaciones y signos de alarma.

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: NIEGA A MEDICAMENTOS. CARDIOVASCULARES: SOPLO CARDIACO. QUIRURGICOS: LEGRADO OBSTETRICO HIZO HEMORRAGIA UTERINA EN ULTIMO POSPARTO INMEDIATO CODIGO ROJO. 22 MAYO 2019.
OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE NADA.

Familiares: CARDIOVASCULARES: HTA abuela materna. OTRAS ENFERMEDADES: NO PRESENTA. RESPIRATORIOS: EPOC abuelo materno. HIPERTENSION ARTERIAL: ABUELA MATERNA HTA

Psico-Sociales: CONSUMO TABACO: NIEGA. CONSUMO DE ALCOHOL: MUY OCASIONAL. OTROS: NO REPORTA.

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Sep.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrua: , Fecha ultima citologia: Sep.00/0000, Proxima citologia: Sep.00/0000, Resultado de la citologia: , Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruacion: Sep.00/0000, Fecha de parto: Sep.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Examen Fisico:

Concepto Medico: TELECONCEPTO:
Pte de 34 años. Dolor pelvico cronico. manejo para EPI con mejoría parcial.
Tiene test de PVH positivo 16. Con Citología ASC-US. Se solicita colposcopia y biopsia.
Se solicita valoración presencial por ginecología.
Dar recomendaciones y signos de alarma.

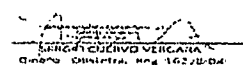
Diagnostico: Dx.Principal: R102-DOLOR PELVICO Y PERINEAL, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

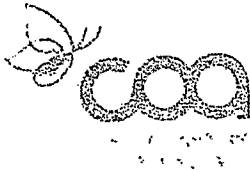
Finalidad: Fuente de información: HISTORIA CLINICA, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 281908 - Sep.03/2024

1. COLPOSCOPIA CON BIOPSIA, Cantidad: 1
2. CONSULTA DE CONTROL POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Cantidad: 1

Conductas: Se envia: Pagina: 2 de 2 Imprime: DECO	Medico: CUERVO VERGARA SERGIO Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Cedula: 71.373.356 Registro:	Firma 
Fecha Sistema: 11/09/2024 Hora: 8:54:43		



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación CC 1007505889	
Paciente. MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 18/08/1990	
Edad y género 34 Años. F. Mujer	
Identificador único 46458	Financiador ALIANZA MED. ANT EPS-SUBSIDIADO

Página 1 de 4

HISTORIA CLÍNICA

NOTAS MÉDICAS

Fecha 03/10/2024 14:30 - Ambulatorio - Ubicación. CONSULTA EXTERNA PISO 7

Consulta Ingreso Médico - Tratante - GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Finalidad No aplica

ANAMNESIS

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual

MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA
Paciente de 34 años residente de Municipio de Sonsón, unión libre, 5 hijos, ama de casa, agricultora. Viene con Omaira Moreno, Amiga.

03/10/2024 Paciente con dolor pélvico de 2 años de evolución, sangrado vaginal irregular, sinusorragia severa
CITOLOGIA 19/07/2024 ASCUS
ADN VPH 23/05/2024 Positivo para VHP 16
COLPOSCOPIA 21/09/2024 Adecuada satisfactoria lie de bajo grado, biopsia CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE
RX TORAX 01/04/2024 Granuloma calcificado del pulmón izquierdo 2 mm
ECO TV 18/07/2024 Útero normal, ovarios de tamaño y aspecto normal

AP Sapo estético
Niega otras patologías
No quirúrgicas

AF Niega

EF Buen estado general
Fec Negativa

Abdomen sin masas palpables
TV Cuello pos anterior irregular, pequeño úlcera, con tumor de 3 cm de diámetro sin compromiso de vagina
TR Accesos rectales libres parametrios libres

Dx Paciente de 34 años, Cérvix con CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE, estado clínico I B2

CD Se han examinado de extensión, TAC simple de tórax, RNM abdomen y pelvis con contraste y cita de control con resultados para definir conducta

REVISIÓN POR SISTEMAS
Sistema neurológico Normal

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial (mmHg) 120/80, Presión arterial media (mmHg): 93

Frecuencia cardíaca (Lat/min) 20 Frecuencia respiratoria (Respi/min): 20

Examen del oído: 0

Peso (kg) 63 (talla cm) 158 Índice de masa corporal (Kg/m²): 27.23 [Valores de referencia: Normal 18.5-24.9] Superficie corporal (m²): 1.73

Examen Físico

Aspecto general

Aspecto general Normal

Diagnóstico activo después de la nota Diagnóstico principal - C539 - TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN,
Origen Primario Fecha de diagnóstico: 03/10/2024, Edad al diagnóstico: 34 Años

ANÁLISIS DE CASO Y PLAN DE MANEJO

Plan de Manejo DX Paciente de 34 años, Cérvix con CARCINOMA ESCAMOCELULAR INFILTRANTE, estado clínico I B2

Firmado electrónicamente

Documento Impreso al día 03/10/2024 16:19:57

Centro Oncológico Antioquia

Fecha y Hora de Solicitud

15/10/2024 10:25

Consultas: 10-421277

Pág. 1

Paciente: CAMPO MEJIA, MARIA EMILIA (identificada) con CC-10073505283	
Edad y Género: 34 años, Femenino	
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/REGIMEN SUBSIDIADO	Nombre de la Entidad: ALTAJAZA MED AVT EPS-SUS-DAGO
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA R50 7	Identificador Único: 4015-1

Diagnóstico: C539 TUMOR MALIGNO DEL CERVICIO CON OTAS CERVICAROMA

INTERCONSULTAS			
Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones
15/10/2024 10:28	R50303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA ONCOLOGICA	Tipo de Interconsulta: Interconsulta
15/10/2024 10:28	R50317	Consulta de primera vez por Radioterapia	Tipo de Interconsulta: Interconsulta
15/10/2024 10:28	R50378	Consulta de primera vez por Oncología	Tipo de Interconsulta: Interconsulta
<div>CD. Indica tratamiento con quimioterapia y radioterapia por diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Se indica seguimiento con quimioterapia y radioterapia por diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Se indica seguimiento con quimioterapia y radioterapia por diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Se indica seguimiento con quimioterapia y radioterapia por diagnóstico de cáncer de cuello uterino.</div>			

MEDICO QUE ORIGINIA

Firma del Médico: LUIS ENRIQUE RAMIREZ TRAVEZ, GINECOLOGIA ONCOLOGICA, CC 71653803, Pbx 121693

Firmado Electrónicamente

CENTRO ONCOLOGICO DE ANTIOQUIA S.A.S

Dirección: CARRETERA 48 B 46 A SUR - 107 - Teléfono 1221021 ANTIOQUIA - 107 - Web: www.cca.com.co

CENTRO ONCOLOGICO DE ANTIOQUIA

Schedule for: OCAMPO MEJIA, MARIA ERIKA
Schedule Dates: All

Patient ID - ID: 1007505889
Clinical Status: On Tx

Date	Time	Dur	Activity	Description	Dept	Loc	Pri	Stf	Sts
06/11/2024	3:00 a. m.	0:10	INICIADO	YA INICIO	COA	FIS			S,PE,PS,AE,A
06/11/2024	7:00 a. m.	0:30	CT SIM	CT SIM	COA	SIM			IT,Pr
25/11/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			SC,V
26/11/2024	9:30 a. m.	0:10	RT	Paciente en TTO	COA	EN			
26/11/2024	5:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			C
27/11/2024	6:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			M
28/11/2024	4:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			M
29/11/2024	5:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
02/12/2024	4:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
03/12/2024	8:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
04/12/2024	8:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
05/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
06/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
09/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
10/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
11/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
12/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
13/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
16/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
17/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
18/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
19/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
20/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
23/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
24/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
25/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
27/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
30/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
31/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
02/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			
03/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN			F

Total Activities Scheduled: 31

Camila Agudelo
Auxiliar Administrativa.

COA Centro Oncológico de Antioquia
Tel. 400.236.050-2

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756129881500000162

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ERIKA

Apellidos: OCAMPO MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007505889

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/10/2019

Última actualización ciudadano:

17/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

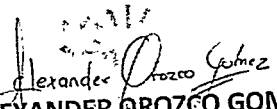
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja- Sonsón

FECHA: 22 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Olga Lucia Guarín Carvajal C.C. 43.462.416

Luis Alfredo Rojas Sánchez C.C. 70.730.989

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Rúiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: ajcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.462.116

GUARIN CARVAJAL

APELLIDOS

OLGA LUCIA

NOMBRES

Olga Lucia Guarín C.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1980

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

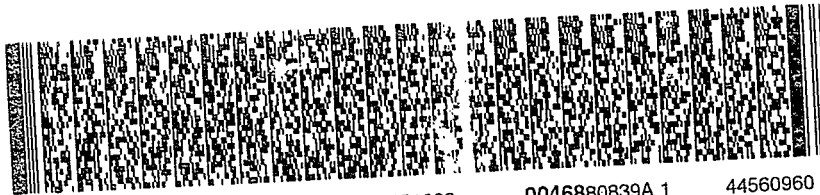
F

SEXO

25-ENE-1999 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00754659-F-0043462416-20151008

0046880839A 1

44560960



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1982

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

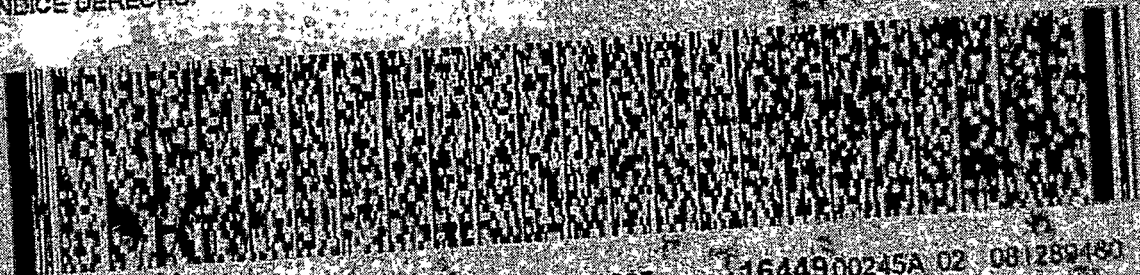
M

SEXO

10-MAR-2000 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0126200-14082933-M-0070730089-20000905

1644900245A 02 081289480

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

70730989

NUMERO

ROJAS SANCHEZ

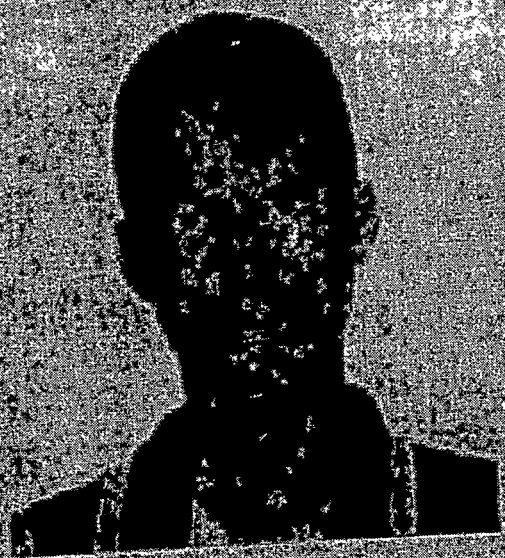
APELLIDOS

LUIS ALFREDO

NOMBRES

Luis Alfredo Rojas S

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME:

W93
272584

Fecha:

Jun.07/2024

Hora:

07:35

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SONSON

Código: 057560239401

Nit: 893.920.003

Dirección: CALLE 16 No 7-151

Teléfono: 8695050

Fax: 8695050

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA
(PAGADOR):

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA

Código: EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: GUARIN

2do. Apellido: CARVAJAL

1er Nombre: LUCIA

2do. Nombre: LUCIA

Tipo de Documento: CÉDULA

No. Documento: 43.462.416

Fecha de Nacimiento: Oct.10/1980

Edad: 43 Años

Sexo: FEMENINO

Teléfono: 312212743

Dirección Residencia: CORREG ALTO DE SABANAS

Código: 05

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 756

Municipio: SONSON

Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-2

III. INFORMACION DE LA AFECCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Servicios
solicitados:

SERVICIOS ESPECIALISTAS

Prioridad de la atención: NO PRIORITARIA

Servicio:

MEDICA GENERAL

Ubicación del paciente al momento de
la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

Cama:

Manejo Integral Según Guía:

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	R2317	1	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS MM II
2	R01602	1	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN EXTR INFER- CON TRADUC
3	R10235	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA GENERAL

Justificación Clínica:

PACIENTE DE 43 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA, HIPOTIROIDISMO, OBESIDAD, HTA, PREDIAB. YES. REQUIERE CUADRO CLINICO DE UN AÑO CONSISTENTE EN DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES ASOCIADO A EDEMA DE PREDOMINIO IZQUIERDO. NIEGA TRAUMAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA GRAN HERNIA UMBILICAL 15 CM DE DIAMETRO SIN SIGNOS DE ENCARCACION. EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES SIN FOVEA DE PREDOMINIO IZQUIERDO, PIEL CONGESTIVA, P. CONG. REQUIERE ECOGRAFIAS DOPPLER VENOSOS Y LINFATICOS, ADEMAS SE DA ORDEN PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL

Diagnostico principal:

LINFEDEMA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE

Código CIE10: I890

Diagnostico relacionado 1:

INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)

Código CIE10: I872

Diagnostico relacionado 2:

HERNIA UMBILICAL SIN OCLUSION NI GANGRENA

Código CIE10: K420

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:

CEREZALES TISNES DANIELA

Teléfono:

8695050

Registro Médico:

Teléfono Celular:

Cargo o Actividad:

MEDICO GENERAL

Firma

Daniela Cereales Tisnes
RM 1.152.194.252
Médico General

Nombre: OLGA LUCIA GUARIN CARVAJAL
Documento: CC 43462416
Edad: 43 años
Estudio: ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS - 881301
Entidad: SAVIA SALUD EPS
Fecha realización: 2024-07-19

Datos clínicos: sospecha de hernia umbilical

Se realiza evaluación ecográfica de los tejidos blandos de la pared abdominal en reposo y tras maniobra de Valsalva (énfasis en epigastrio y mesogastrio), encontrándose:

Abundante tejido celular subcutáneo, de ecogenicidad normal y sin definición de lesiones nodulares.

Musculatura recto abdominal con patrón fibrilar normal. Se observa diástasis de los rectos a nivel supraumbilical de hasta 60 mm de longitud.

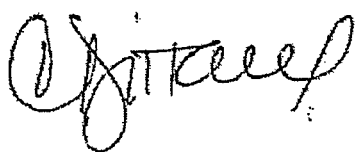
Hernia paraumbilical derecha, localizada aproximadamente a 50 mm de la cicatriz umbilical, de contenido graso, cuyo saco mide aproximadamente 99 x 64 x 98 mm y el defecto 32 mm. No hay líquido libre ni cambios inflamatorios de la grasa.

No se identifica claro defecto de la pared a nivel de la cicatriz umbilical ni protrusión de grasa epiploica tras maniobra de Valsalva, por lo tanto, sin signos de hernia umbilical. Tampoco se observa hernia epigástrica.

CONCLUSIÓN:

Hernia paraumbilical derecha, sin signos de complicación.

Diástasis de la musculatura recto abdominal.



Informe firmado electrónicamente por:

Carlos Enrique Ditta Mercado

MÉDICO RADÍOLOGO

No. registro: 5-2470-05

Fecha y hora de firma: 19-07-2024 15:49

Paciente: OLGA LUCIA GUARIN CARVAJAL

Página 1 de 1

Nota: Si tiene dudas o comentarios sobre este informe puede escribir al correo electrónico resultados@imedi.com.co

Para descargar sus informes e imágenes ingrese a la página web www.imedi.com.co y dé clic en **Resultados en línea**
Luego seleccione el tipo de documento, ingrese su número de documento y su contraseña.

		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Nit: 890.980.003-5			
		HISTORIA CLINICA DE: REVISION		Atencion: 144 Fecha: Sep.13/2024	
Nombre: GUARIN CARVAJAL OLGA LUCIA		Edad: 43 Años	Sexo: FEMENINO		
Telefono: 3122127430		Estrato: SUBSIDIADO-2	Id: CC 43.462.416		
Historia: 43462416		Hora Ate: 15:59			
Estado Civil: CASADO					
Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA					

ANAMNESIS

Observaciones: "DOLOR DE CABEZA Y MAREO" VIENE SOLA

PACIENTE FEMENINA, 43 AÑOS, AMA DE CASA, DICE ESTÁ EN CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ESTA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON, ADHERENTE A TRATAMIENTOS EN EL MOMENTO REFIERE QUE CONSULTA POR 2 MESES DE SÍNTOMAS VERITIGINOSOS MAREO GIRATORIO FUERTE EN INTENSIDAD ASOCIADO A CEFALEA GLOBAL PULSATIL SIN OTROS PREMONITORIOS. YA TRATAMIENTOS CON ANTIHISTAMINICOS ANALGESICOS DESINFLAMATORIOS SIN MEJORÍA CLÍNICA POR LO QUE DECIDE RECONSULTAR.

PESO 95 KGS PA 130770 PULSO 0 POR MIN7UTO AFEBRIL FR 17 POR MINUTO SAT O2 92% AMBIENTE, NORMOCÉFALA PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ BILATERAL NO EVIDENCIO APARENTE HEMORRAGIA BILATERAL CARDIOPULMONAR RS CS RS NO SOPOLOS PULMONES NORMOVENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS ABDOMEN PERISTALTISMO PRESENTE NORMAL, ABDOMN PAENICULO ADIPOSO ABUNDANTE BLANDO DEPREDEBLE NO IRRITACION PERITONEAL. EXTS Y NEUROLOGICO ROMBERG POSITIVO RESTO SIN DEIFICT MOTOR NI SENSITIVO APARENTES.

CONDUCTA RECOMENDAIONES OPTIMIZACION DE TRATMAIENTOS SIGNO DE ALARMA CLSINICA SS VALORACION OPTOMETRIA INICIAL Y TAC SIMPLE DE CRANEO. CONTROL CON RESULTADOS.:

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Diagnostico: Dx.Principal: G441-CEFALEA VASCULAR, NCOP, Dx.Relacionado1: R42X-MAREO Y DESVANECIMIENTO, Dx.Relacionado2: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), Dx.Relacionado3: N189-INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA, Tipo de diagnostico: CONFIRMADO NUEVO, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 659119 - Sep.13/2024

1. ERGOTAMINA CAFEINA 1 MG 100 MG - Tabletetas, Via:ORAL, Cantidad:20, Dosis:TOMAR 1 TABLETA DÍA SI DOLOR DE CABEZA FUERTE EN INTENSIDAD..

RECOMENDACIONES - W10 920343 - Sep.13/2024

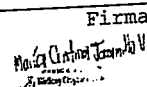
1. ASISTIR AL PROXIMO CONTROL INDICADO, TOMAR LA MEDICACION A DIARIO SIN SUSPENDER HASTA NUEVA ORDEN
2. DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASA: CHICHARRON, MANTECA, CARNES FRIAS, GORDOS, FRITOS, HUEVO. CONTROLAR EL CONSUMO DE HARINAS, DULCES Y SAL.
3. PREPARAR LOS ALIMENTOS ASADOS, COCIDOS O AL VAPOR. USO DE LECHE DESCREMADA, QUESOS BAJOS EN GRASA
4. AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA, ALIMENTOS COMO EL AGUACATE, NUECES, MANI SIN SAL, ACEITUNAS, ACEITE DE OLIVA.
5. CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA: DOLOR INTENSO OPRESIVO EN EL PECHO, PARALISIS O ENTUMIAMIENTO DE PARTE DEL CUERPO, PERDIDA SUBITA DE VISION, DOLOR DE CABEZA INTENSO.
6. DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL, GRASAS, FRITOS, HARINAS, DULCES. BUEN CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y AGUA..
7. REALIZAR EJERCICIO REGULARMENTE, AL MENOS 3 A 4 VECES POR SEMANA DURANTE MINIMO 30 MINUTOS.
8. EVITAR EL CONSUMO DE LICOR Y CIGARRRILLO.
9. CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA: DOLOR INTENSO EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HINCHAZON
10. ALTERACIONES REPENTINAS EN LA VISION, PARALISIS O ENTUMIAMIENTO DEL PARTE DEL CUERPO

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 282979 - Sep.13/2024

1. TOMOGRAFIA AXIAL COMPUT CRANEO SIMPLE,Cantidad: 1

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 282981 - Sep.13/2024

1. CONSULTA OPTOMETRIA PRIMERA VEZ,Cantidad: 1

Pagina: 1 de 1 Imprime: APOR	Medico:JARAMILLO VILLEGAS MARIA CRISTINA	Firma 
Fecha Sistema:24/09/2024 Hora:10:51:42	Cedula: 43.462.078 Registro:	

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756006481900000027

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: OLGA LUCIA

Apellidos: GUARIN CARVAJAL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43462416

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

10/10/2018

Última actualización ciudadano:

10/10/2018

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización trasporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 23 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: María Erika Ocampo Mejía C.C. 1.007.505.889

Hernán Estiben Gallego Ocampo T.I. 1.041.460.644

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CIUDADANIA

1.007.505.889

OCAMPO MEJIA

MARIA ERIKA

MARIA ERIKA OCAMPO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1990

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

19-AGO-2008 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARUEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00519785-F-1007505889-20131129

0036053471A 1

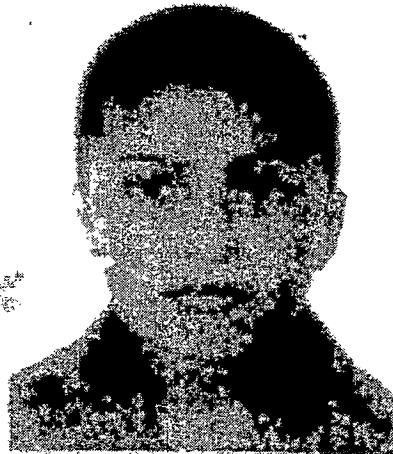
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

1.041.460.644

GALLEGO OCAMPO

25-00000

HERNAN ESTIBEN



Her name George C

1990-1991

15-ACG-2008

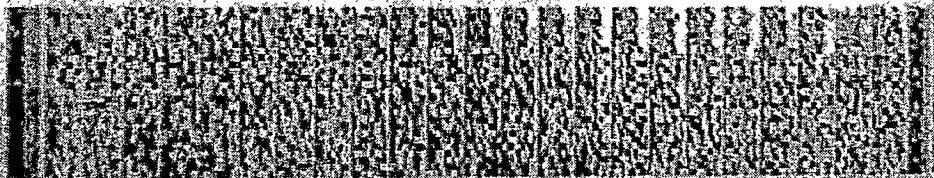
SONSON
(ANTIOQUIA)

15-AGC-2025

1

11-MAY-2016 ABEJOURNAL

100-443889-1



2014年11月15日 星期五

045321/4014

1995



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Página 8 de 9

OTRAS NOTAS

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y/O DISENTIMIENTO INFORMADO

He recibido información completa y clara sobre el procedimiento al que me voy a someter la cual ha sido plenamente comprendida por mí. He aclarado con el médico todas mis dudas al respecto. Por lo anteriormente dicho, y en pleno uso de mis facultades, autorizo al Centro Oncológico de Antioquia S.A.S. a realizar en mí o en la paciente que represento el procedimiento arriba descrito, el cual fue solicitado por mi médico tratante.

Entiendo y asumo los riesgos relacionados con su realización y autorizo a que se tomen las medidas necesarias pertinentes para paliar cualquier complicación derivada del procedimiento.

NOTA: Como paciente, usted tiene derecho a retractarse de este consentimiento informado, en cualquier momento antes o durante la realización del estudio

Firma Disentimiento:

[Firma manuscrita]

Firmado por: ANDRÉS CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro 5214205, CC 71310928, el 02/11/2024 12:55

ÓRDENES MÉDICAS

02/11/2024 12:52

- Ambulatoria/Externa - Ecocardiograma Transtorácico, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Creatinina en Suero, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Hemograma IV Automatizado, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Transaminasa Glutámico-Pirúvica [Alanino Amino Transferasa], para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52
- Ambulatoria/Externa - Transaminasa Glutámico Oxalacética [Aspartato Amino Transferasa], para realizar el día 02/11/2024 a las 12:52

Firmado por ANDRÉS CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro: 5214205, CC 71310928

02/11/2024 12:53

- Ambulatoria/Externa - Consulta de control o de seguimiento por Especialista en Oncología, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:53
- Ambulatoria/Externa - Politerapia Antineoplásica Alta Toxicidad, para realizar el día 02/11/2024 a las 12:53

Firmado por: ANDRÉS CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro: 5214205, CC 71310928

Firmado electrónicamente

23/12/2024
Sonson - Medellín
Medellín - Sonson
Quimioterapia
Documento firmado el 02/11/2024 13:02:2

NIT: 900236850
Dir.: CARRERA 48 # 46 A SUR - 107
Tel.: 3221024

CENTRO ONCOLÓGICO DE ANTIOQUIA S.A.S

ANTIOQUIA

Paciente: OCAMPO MEJIA, MARIA ERIKA

Identificación: CC 1007505889

Teléfono Residencia: 3042328565

Carnét: 1007505889

Responsable: SAVIASALUD

ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Plan:

Tipo de Usuario: REGIMEN SUBSIDIADO

Nivel Soc.: NIVEL I

Consultorio: Q14

QUIMIO SALA GENERAL 14

Tipo de Cita: Primera Vez

Modalidad: Presencial

DATOS DE LA CITA PERIODICA ASIGNADA

Especialidad: ONCOLOGIA MEDICA

Médico: QUIMIO SALA GENERAL 14

Cita Nro.	Nro. Orden	Fecha Cita	Hora Cita	Duración	
365822	1/6	25/11/2024	Lunes 25 de Noviembre de 2024	8:00 a.m.	00:15
365825	2/6	02/12/2024	Lunes 2 de Diciembre de 2024	8:40 a.m.	00:15
365826	3/6	09/12/2024	Lunes 9 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:15
365827	4/6	16/12/2024	Lunes 16 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:15
365828	5/6	23/12/2024	Lunes 23 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:15

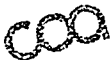
Fecha: 03/12/2024 Hora: 12:32:21 Usuario: 1017245629 Período: 2024/11

Especialidad: ONCOLOGIA MEDICA

Médico: QUIMIO SALA GENERAL 11

Cita Nro.	Nro. Orden	Fecha Cita	Hora Cita	Duración	
365829	6/6	30/12/2024	Lunes 30 de Diciembre de 2024	9:00 a.m.	00:20

Fecha: 03/12/2024 Hora: 12:32:21 Usuario: 1017245629 Período: 2024/11

 Centro Oncológico
de Antioquia
Nit. 900.236.850-2

Schedule for: OCAMPO MEJIA, MARIA ERIKA
Schedule Dates: All

Patient ID - ID: 1007505889
Clinical Status: On Tx

Date	Time	Dur	Activity	Description	Dept	Loc	Pri Stf	Sts
06/11/2024	3:00 a. m.	0:10	INICIADO	YA INICIÓ	COA	FIS		S,PE,PS,AE,A
06/11/2024	7:00 a. m.	0:30	CT SIM	CT SIM	COA	SIM		IT,Pr
25/11/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		SC,V
26/11/2024	9:30 a. m.	0:10	RT	Paciente en TTO	COA	EN		
26/11/2024	5:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		C
27/11/2024	6:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
28/11/2024	4:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
29/11/2024	5:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		M
02/12/2024	4:20 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
03/12/2024	8:30 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
04/12/2024	8:10 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
05/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
06/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
09/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
10/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
11/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
12/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
13/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
16/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
17/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
18/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
19/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
20/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
23/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
24/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
26/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
27/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
30/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
31/12/2024	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
02/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		
03/01/2025	2:50 p. m.	0:15	IMRT	IMRT	COA	SYN		F

Total Activities Scheduled:

31

Camila Agudelo
Auxiliar Administrativa

 Centro Oncológico
de Antioquia
Nit. 900.236.850-2



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT-EPS-SUBSIDIADO

Página 4 de 9

OTRAS NOTAS

Andrés Córdoba

Firmado por: ANDRES CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro 5214205, CC 71310928, el 02/11/2024 12:51

Andrés Córdoba

Firmado por: ANDRES CORDOBA SANCHEZ, ONCOLOGIA MEDICA, Registro 5214205, CC 71310928, el 02/11/2024 12:51

Fecha: 02/11/2024 12:53 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA PISO 7

Registro de documentos - ONCOLOGIA MEDICA

FORMATO PE-F31-CI CONSENTIMIENTO INFORMADO DE QUIMIOTERAPIA

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, TERAPIA O SITUACIÓN

La quimioterapia es una terapia empleada en el tratamiento del cáncer. Los tumores malignos (cáncer) se caracterizan por que sus células están alteradas, modificándose el mecanismo habitual de división, lo que ocasiona la división descontrolada, invasión y afectación de órganos vecinos.

El tratamiento consiste en emplear diversos medicamentos para destruir células cancerígenas y reducir o eliminar completamente la enfermedad. Los medicamentos empleados son denominados antineoplásicos o quimioterápicos. Estos tienen efectos secundarios en mayor o menor medida porque actúan en las células malignas y en las sanas, indistintamente.

El esquema de tratamiento formulado por su médico Hematólogo u Oncólogo es de acuerdo a su tipo de cáncer y se realiza de forma intravenosa, oral, subcutánea, intravesical, o intratecal de acuerdo al protocolo mas adecuado para usted. La terapia se suministra en varios ciclos combinados con periodos de descanso, la duración del tratamiento depende del tipo de cáncer que padezca el paciente y la medicación que se le suministre; también entra en juego si el cáncer está localizado, localmente avanzado o diseminado.

He entendido el diagnóstico, y que debido a esto se me propone por parte de los profesionales tratantes, realizarme el tratamiento con el esquema de Quimioterapia:

Firmado electrónicamente:

Documento impreso el día 02/11/2024 13:02:34

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

OTRAS NOTAS

cisplatino

2. BENEFICIOS Y OBJETIVOS

- Mejorar la supervivencia libre de progresión del cáncer.
- Mejorar la calidad de vida.
- Disminuir la extensión de la enfermedad.
- En algunos casos posibilitar una cirugía menos invasiva.
- Disminuir la posibilidad de reaparición de cáncer y por lo tanto mejorar la supervivencia a largo plazo.

3. RIESGOS O EFECTOS SECUNDARIOS DERIVADOS DEL PROCEDIMIENTO, TERAPIA O SITUACIÓN

Los riesgos generales de esta terapia, pueden ser:

- Cansancio.
- Se pueden presentar cambios en sus uñas: cambios en la coloración
- Caída del cabello total o parcial, de manera temporal o permanente en algunos casos según el medicamento administrado
- Alteraciones y síntomas en el sistema gastrointestinal como: vómito, estreñimiento, diarrea, inflamación de las mucosas y úlceras en boca.
- Alteración en los elementos sanguíneos dando origen a anemia, leucopenia (baja de las defensas), linfopenia, disminución de plaquetas (facilitando sangrados)
- Puede causar alteraciones a nivel de órganos como: corazón, pulmón, riñón, hígado, entre otros.
- Alteración de la fertilidad temporal o definitiva por lo tanto debe evitar el embarazo durante el tratamiento. Esto se debe a que las drogas pueden hacer daño al bebé en desarrollo. Es importante utilizar un método anticonceptivo durante y por al menos 6 meses después de la quimioterapia.
- Infecciones sistémicas.
- Reacciones alérgicas a medicamentos.
- Descompensación de enfermedades previas como hipertensión, asma, bronquitis, diabetes, cardiopatía, anemia, entre otras.
- Otro tipo de complicaciones que pueden derivarse del tratamiento como alteración del estado de ánimo y sus consecuencias (tendencia a la depresión)
- Paro cardiorrespiratorio.
- Muerte.

Otros:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

OTRAS NOTAS

4. IMPLICACIONES DEL ACTO ASISTENCIAL

En caso de no aceptar el tratamiento propuesto por sus médicos tratantes, usted debe ser consciente de que su enfermedad puede progresar y afectar otros órganos o empeorar la afectación de los ya comprometidos; lo que ocasionara incluso su muerte y se propondrá solo manejo sintomático.

5. CONSENTIMIENTO

Manifiesto haber recibido y entendido la información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre mi enfermedad y estado actual, además de los beneficios, riesgos, las complicaciones y secuelas inherentes y las implicaciones de no aceptar la terapia. Se me han comunicado las alternativas existentes y disponibles, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes del procedimiento o intervención. Me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas con el propósito de que mi atención sea adecuada. Otorgo mi autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, entiendo que pueden haber situaciones imprevistas y de antemano autorizo al personal médico para que actúe de la mejor forma posible bajo el criterio del equipo médico que esté a mi cargo. Por tanto, de manera libre y voluntaria firmo este documento conociendo mi derecho a aceptar o rechazar el procedimiento quirúrgico en cualquier momento antes de que este inicie.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular el consentimiento antes de que se inicie el tratamiento o terapia, para lo cual deberé firmar el **DISSENTIMIENTO INFORMADO**.

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado

Nombre Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA

Documento Paciente: 1007505889

Firma Paciente:

MARIA ERIKA OCAMPO



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1007505889	
Paciente: MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/08/1990	
Edad y género: 34 Años, F.Mujer	
Identificador único: 46458	Financiador: ALIANZA MED ANT EPS-SUBSIDIADO

Página 7 de 9

OTRAS NOTAS

Firmado el 02/11/2024 13:02

En mi calidad de médico responsable, declaro que he informado al paciente del propósito y la naturaleza del tratamiento descrito y de sus posibles riesgos y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

Nombre Profesional: ANDRES CORDOBA SANCHEZ

Documento Profesional: 71310928

Firma Profesional:

Firmado el 02/11/2024 13:02

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Como sé que el paciente MARIA ERIKA OCAMPO MEJIA ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito, el médico me ha explicado de forma satisfactoria en qué consiste, como se hace y para que se hace esta intervención. También se me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que el doctor realice este procedimiento.

Nombre Tutor:

Documento Tutor:

Firma tutor:

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756129881500000162

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ERIKA

Apellidos: OCAMPO MEJIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007505889

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/10/2019

Última actualización ciudadano:

17/10/2019

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín

FECHA: 23 de Diciembre de 2024

NOMBRE DE LA PERSONA: Arnulfo Loaiza C.C. 70.727.049

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Rul y Zapata"
Teléfono: +57(4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 70.727.049

LOAIZA

APELLIDOS

ARNULFO

NOMBRES

ARNULFO

FIRMA



ÍNDICE DERECHO.

FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1967

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

C.S. RH

M

SEXO

20-SEP-1990 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0126200-01262991-M-0070727049-20211104

0075098591A 1

54727664

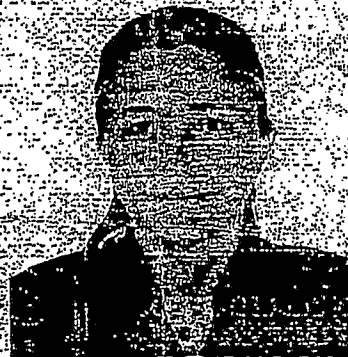
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43 457 487

APELLIDOS BEDOYA CARMONA

NOMBRES ROSA INELDA

FIRMA *Rosa Bedoya*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1963

ARGELIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-JUL-1987 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0126200-14133441-F-0043457487-20071205

01755073390 02 231461985



GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A.

NIT - 811038014-1

CALLE 2 SUR No 46 116

Calle 2 Sur No. 46 - 116, Torre Salud Vegas - 5200140 - Medellín - Colombia

Fecha impresión: 11/03/2025 09:57

Copia

Orden N°: 16581



Orden Consulta Código: 381 Fecha y hora: 11/03/2025 09:55

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Días
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	40 NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:55	Fecha atención:	11/03/2025 09:55

Vigencia: 11/03/2025 - 09/06/2025

Tipo de usuario: Contributivo

Vía de ingreso: Consulta externa

Categoría: COTIZANTE CATEGORIA A

Diagnósticos

Principal Ingreso: C61X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA Tipo principal: Confirmado repetido,

#	Servicio/Procedimiento	Cantidad	Área corporal	Lateralidad	Estado	Prioridad	Tipo uso
1	890278 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	1			Solicitada	Programad a	Externo

Especialidad solicitada: Oncología Clínica

Comentario:

Observaciones:

AROLDO GABRIEL FERNANDEZ BUSTILLO

CC 73005763

N° de registro: 13022010

Radioterapia

Firma usuario

20 / marzo
Calle 8 #43c-55101.
Astorga poblado

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 12/03/2025 15:22:56
Autorizada el: 12/03/2025 15:24:01
Impresa el: 12/03/2025 15:24:02

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS - 3150) P003 - 269001502
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento: ANTIOQUIA 05

Teléfono afiliado: (4) - 3117291386

Teléfono celular afiliado: 3107466025

L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSO

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Municipio: SONSON 756

Correo electrónico: murilla63@armyspy.com

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB

Nit: 811038014-1

Código: 050010816501

Dirección: CL 8 N 43 C-55

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1003;1004

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB

Nit: 811038014-1

Código: 050010816501

Dirección: CL 8 N 43 C-55

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) - 5200140;1003;1004

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Di: C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
B90378	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral segun guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Válido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P003-335157673
Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 19/03/2025 16:08:36
Autorizada el: 19/03/2025 16:10:23
Impresa el: 19/03/2025 16:10:24

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS - 3150) P003 - 269765186
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 39 54

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: SONSON 755

Teléfono afiliado: (4) 3117291386

Teléfono celular afiliado: 3107466025

Correo electrónico: marinilla63@armyspy.com

L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSO

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-AMB

Nit: 811038014 - 1 -

Código: 050010816501

Dirección: CL 8 N 43 C-55

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 5200140;1003;1004

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: MEDICINA 2000 S.A.S.

Nit: 800152349 - 9

Código: 050010144301

Dirección: KRA 46 N° 50-28 EDIFICIO LA PALENCIA 401

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 2510605

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

D21 C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA *
----------	--------------------------------

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
831501	1	MODALIDADES ELECTRICAS O ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manejo Integral según guía: NO

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MANUELA GONZALEZ GALLEG0
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es notamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P003-336105150
Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
Autorizada el: 13/03/2025 16:06:09
Impresa el: 19/03/2025 16:03:01

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-3150) P074-269147293
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1957

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento:

Municipio:

Teléfono afiliado: 3117291386

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

LP.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 5200140;1007

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono: (4) 5200140;1007

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: EVENTO CATASTROFICO

Dx: C61X TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
990278	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo Integral según guía: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Médica: P074-335338854
Registro Impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
 Autorizada el: 13/03/2025 16:05:42
 Impresa el: 19/03/2025 16:03:22

No. Solicitud: NO REPORTADO
 No. Autorización: (POS-3150) P074-269147094
 Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049 LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento:

Municipio:

Teléfono afiliado: 3117291386

Teléfono celular afiliado:

Correo electrónico:

IP.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Municipio: MEDELLIN 001

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Municipio: MEDELLIN 001

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: EVENTO CATASTROFICO

De: C61X

TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
879420	1	TOMOGRFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo Integral segun guía: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* * Referencia - Cuenta Medica: P074-335338644
 Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEGO

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Solicitada el: 11/03/2025 00:00:00
Autorizada el: 13/03/2025 16:05:22
Impresa el: 19/03/2025 16:03:50

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-3150) P074-269146962
Código EPS: EPS037

Afiliado: CC.70727049

LOAIZA ARNULFO

Edad: 58

Fecha Nacimiento: 19/01/1967

Dirección Afiliado: CARRERA 3 9 54

Departamento:

Teléfono afiliado: 3117291386

Teléfono celular afiliado:

L.P.S. Primaria: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Tipo afiliado: COTIZANTE (A)

Municipio:

Correo electrónico:

Solicitado por: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Municipio: MEDELLIN 001

Ordenado por: FERNANDEZ BUSTILLO AROLD GABRIEL

Remitido a: CLINICA DE ONCOLOGIA ASTORGA-HOSP

Nit: 811038014-1

Código: 050010816502

Dirección: CALLE 2 SUR N 46-116 P 7 8 9 INT9804

Departamento: ANTIOQUIA 05

Teléfono: (4) - 5200140;1007

Municipio: MEDELLIN 001

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: EVENTO CATASTROFICO

Dic: C61X

TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA

CÓDIGO	CATEG	DESCRIPCION
922445	1	TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL, TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES (IGRT)

Afiliado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

AUTORIZACIONES MASIVAS EPS - IPS

Manejo Integral según guía: SI

POSTVENTA

MASIVA PBS

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA SIRLEY PATINO VELEZ

Teléfono:

Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización.

* Referencia - Cuenta Médica: P074-335338513
Registro impreso por: MANUELA GONZALEZ GALLEG0



GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A.

NIT - 811038014-1

CALLE 2 SUR No 46 116

Calle 2 Sur No. 46 - 116, Torre Salud Vegas - 5200140 - Medellín - Colombia

Fecha impresión: 11/03/2025 09:57

Copia

Orden N°: 4287



Orden Otros procedimientos Código: 383 Fecha y hora: 11/03/2025 09:55

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo Identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Dias
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	40 NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:55	Fecha atención:	11/03/2025 09:55

Vigencia: 11/03/2025 - 09/06/2025

Tipo de usuario: Contributivo

Vía de ingreso: Consulta externa

Categoría: COTIZANTE CATEGORIA A

Diagnósticos

Principal Ingreso: C61X - TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA Tipo principal: Confirmado repetido,

#	Servicio/Procedimiento	Cantidad	Área corporal	Lateralidad	Estado	Prioridad	Tipo uso
1	922445 - TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]	1			Solicitada	Programada	Externo

Comentario:

Observaciones:



AROLD GABRIEL FERNANDEZ BUSTILLO

CC 73005763

N° de registro: 13022010

Radioterapia

Firma usuario



ASTORGA
CLINICA

GRUPO ONCOLOGICO INTERNACIONAL S.A.

NIT - 811038014-1

CALLE 2 SUR No 46 116

Calle 2 Sur No. 46 - 116, Torre Salud Vegas - 5200140 - Medellín - Colombia

Fecha impresión: 11/03/2025 09:52

HISTORIA CLINICA RADIOTERAPIA CONTROL

890387 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	LOAIZA	Nombres:	ARNULFO
Tipo identificación:	CC	Número documento:	70727049
Fecha de Nacimiento:	19/01/1967	Edad:	58 Años/1 Meses/23 Días
Género:	Masculino	Ocupación:	Jubilado, desempleado, ama de casa estudiante, dedicación al hogar, menor de edad
Dirección:	CR 3 N 9-54	Teléfono:	3146394282
Nombre del Cliente:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A	Convenio:	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
Fecha registro :	11/03/2025 09:13	Fecha atención:	11/03/2025 09:13

Estado civil: Casado Lugar de residencia: Medellín Nombre responsable: Gladys Quintero Teléfono responsable: 3146394282 Parentesco responsable: Hijo/a Tipo de vinculación: Cotizante Tipo de usuario: Contributivo

CONSULTA

Motivo de consulta y Enfermedad Actual: -28/01/2025: Radioterapia

Paciente masculino de 57 años de edad con Dx: Cáncer de Próstata Gleason 3+4:7, PSAi: 11.81 ng/ml, Riesgo Intermedio Favorable, T2b-N0-Mx estadio x.

-24/01/2024: PSA: 11.81 ng/ml

-Dilatación uretral vía endoscópica.

-26/06/2024: Bp: Próstata: Adenocarcinoma de Próstata Gleason 3+4:7

-6/08/2024: TAC torax: nódulos pulmonares que podrían estar relacionados con compromiso metastásico, se sugiere PET-PSMA.

-25/08/2024: RNM: sin mt, no adp. PIRADS 4. VS normal.

-09/2024: GGO: sin mt.

-19/10/2024: PSA: 11.22 ng/ml

-23/10/2024: PR + LFD: no trae informe de patología.

Plan: en TAC torax de 08/2024 se reportó nódulos sospechosos en pulmón, por lo que se le indicaron realizar PET-PSMA el cual no se lo indicaron, posterior a esto realizan PR+LF sin haber descartado compromiso pulmonar. Paciente acude a nueva valoración sin informe de Patología quirúrgica la cual se le solicita. Debe acudir a nueva consulta con RT con estos informes.

-PET-PSMA

-Informe Patología quirúrgica de Prostatectomía Radical

-Creatinina

-PSA

-11/03/2025: Radioterapia ***Control***

Paciente masculino de 57 años de edad con Dx: Cáncer de Próstata Gleason 3+4:7, PSAi: 11.81 ng/ml, Riesgo Intermedio Favorable, T2b-N0-Mx estadio x. en estatus post PR+LFD + pT2-pN1 + Recaída Bioquímica

-14/02/2025: PSA: 0.02 ng/ml

-30/10/2024: Patología: PR+LFD: ADC, Gleason 4+3: 7, IVL -, IPN +, GL: 1/31.

-13/02/2025: PET-PSMA: adp inguinal izq SUV 17.52 mide 1.6x1.6 cm, nódulos pulmonares sin metabolismo.

Plan: Radioterapia a Pelvis 47.5 Gy + ADP 55 Gy + Lecho Qx 65.2 Gy en 25 fx SIB

-Valoración Prioritaria por OM.

-Creatinina

-TAC abd y pelvis cc contraste para simulación.

-Fusionar PET-PSMA

-Se dan recomendaciones

-Lactulosa

-Seguimiento nódulo pulmonar.

-Cita RT con informe de PET-PSMA + Patología + PSA

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Patológicos: No refiere

Descripción Patológicos: DM

HTA

Antecedentes Quirúrgicos: No refiere

Descripción Quirúrgicos: Meniscos derecho

Antecedentes Familiares: No refiere

Antecedentes Alérgicos: No refiere

Otros Antecedentes:

EXAMEN FÍSICO



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

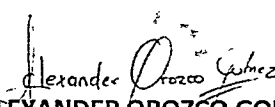
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín- Sonsón

FECHA: 09 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Valentina Henao Gallego C.C. 1.047.966.482

Alanna Paulette Ortiz Henao NUIP 1.033.343.536

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPUBLICA DE COLOMBIA



Libertad y Orden



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

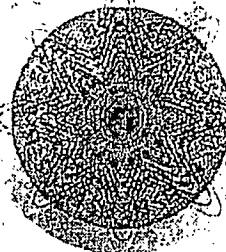
CONTRASEÑA



REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA

PRIMERA VEZ CC

1.047.966.482



APELLIDOS / NOMBRES

HENAO GALLEGO
VALENTINA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

13-DIC-2006
SONSON - ANTIOQUIA

FECHA DE EXPEDICIÓN

23-DIC-2024

SEXO

FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

SONSON - SONSON

OFICINA DE ENTREGA

SONSON - SONSON

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO
HASTA EL 23-JUN-2025

8513960892
23-DIC-2024



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Adhesivo Copia
Registro Civil
33129573-3

NUIP 1.033.343.536

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61546735
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A Y N
REGISTRADURÍA DE AMAGA - COLOMBIA - ANTIOQUIA - AMAGA.....						

Datos del inscrito

ORTIZ.....	Primer Apellido	HENAO.....	Segundo Apellido
ALANNA PAULETTE.....			
Nombre(s)			
2024	Fecha de nacimiento	25	Sexo (en letras)
Año	Mes	Día	FEMENINO
Grupo sanguíneo			
Factor RH			
COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN.....			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)			

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	Número certificado de nacido vivo
	24046310948582.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

HENAO GALLEGO VALENTINA.....	Apellidos y nombres completos
TI 1.047.966.482.....	Documento de identificación (Clase y número)
	Nacionalidad
	COLOMBIA.....

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

ORTIZ ALVAREZ ANDRES FELIPE.....	Apellidos y nombres completos
CC 1.033.343.300.....	Documento de identificación (Clase y número)
	Nacionalidad
	COLOMBIA.....

Datos del declarante

HENAO GALLEGO VALENTINA.....	Apellidos y nombres completos
TI 1.047.966.482.....	Documento de identificación (Clase y número)
	Firma
	valentina Henao G

Datos primer testigo

	Apellidos y nombres completos
	Documento de identificación (Clase y número)
	Firma

Datos segundo testigo

	Apellidos y nombres completos
	Documento de identificación (Clase y número)
	Firma

Fecha de inscripción

Año 2024	Mes MAY	Día 03	NATALIA ANDREA OCHOA ORTEGA - REG
			Nombre y firma

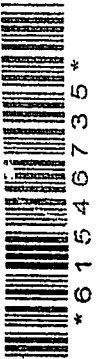
Reconocimiento paterno

Andres Ortiz.....	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Natalia A. Ochoa O
	Nombre y firma

08.MAY.2024 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS LIBRO VARIOS TOMO 4 FOLIO 123

	Natalia A. Ochoa O

ORIGEN PARA LA OFICINA DE REGISTRO



61546735

RECUERDE POR FAVOR

Asistir cumplidamente a la cita.

Ser puntual en la entrega de muestras al laboratorio.

Si no puede asistir a la cita, cáncélela con dos días de anticipación.

Tenga en cuenta que una cita a la que usted deja de asistir, perjudica a las personas que necesitan el servicio y entorpece el funcionamiento de la consulta.

*Solo wpp
305 313 39 63*

Calle 78 B No. 72 A - 109 (Robledo)
Conmutador: 445 59 00
Medellín - Colombia

P60716



CARNET DE CITAS

Historia No. 962779

Nombres Alanna Pavlette

Apellidos Ortiz Henao

IDENTIFICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: RC 1033343536	
Paciente: ALANNA PAULETTE ORTIZ HENAO	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 25/04/2024	
Edad y género: 7 Meses, Femenino	
Identificador único: 962774	Financiador: NUEVA EPS

NOTAS MÉDICAS

Cardiopulmonar
Pulmones : Normal
Corazón : Normal
Abdomen
Superior : Normal
Inferior : Normal
Extremidades
Ext. Inferiores : Normal
Osteomuscular
Muscular : Normal.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - P371 - TOXOPLASMOSIS CONGENITA (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 09/05/2024, Edad al diagnóstico: 14 Días.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: Paciente de 7 meses con antecedente de exposición perinatal a toxoplasmosis. Madre con toxoplasmosis gestacional quien recibió espiramicina desde las 14 sem hasta el parto. Madre con serologías toxo IgM 23/11/23 positiva, test de avidéz baja, toxo IgM e IgG positivos 22/12/24. Ecos gestacionales normales excepto con bajo peso. RNPT con RCIU con toxo IgM e IgG positivas, eco cerebral y retina normales. Se inicia tratamiento para toxo congénita con pirimetamina y sulfadiazina, pero posteriormente la EPS no autorizó los medicamentos por lo cual se cambia a TMP el cual recibe por 1 mes. Ya está recibiendo pirimetamina + sulfadiazina con adecuada adherencia. Hoy viene a revisión y refiere verla bien. Trae control del 2/12/24 Toxo IgG 23.4 UI/ml positivo en descenso y Retina normal

Plan de manejo: Peso 5.2 kg

Continúa tratamiento con Pirimetamina 3 mg/ml 2 ml cada 24 horas + sulfadiazina 150mg/cc 2 ml cada 12 horas (100mg/kg/día) por 5 meses mas (total de 12 meses)

Ac folínico 1ml diario

Cita en 2 meses con toxo IgG e IgM, hemograma y pruebas hepáticas.

Firmado por: MONICA ROSA TRUJILLO HONEYSBERG, PATOLOGIA INFECCIOSA, Registro 13376-89, CC 42880704, el 06/12/2024 09:57

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - INTERCONSULTA

06/12/2024 09:58

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA INTERCONSULTA

Cita en 2 meses

seguimiento toxo congénita

Ambulatoria/Externa - LABORATORIO CLINICO

06/12/2024 09:59

TOXOPLASMA, ANTICUERPO IGG

seguimiento toxo congénita

Ambulatoria/Externa - LABORATORIO CLINICO

06/12/2024 09:59

TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPO IGM (EIA)

seguimiento toxo congénita

Ambulatoria/Externa - LABORATORIO CLINICO

06/12/2024 09:59

ALANINO AMINO TRANSFERASA (TGP-ALT)

seguimiento toxo congénita

Ambulatoria/Externa - LABORATORIO CLINICO

06/12/2024 09:59

ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (TGO-AST)

seguimiento toxo congénita

Ambulatoria/Externa - LABORATORIO CLINICO

06/12/2024 09:59

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

seguimiento toxo congénita

Ambulatoria/Externa - MEDICAMENTOS

06/12/2024 10:01

Folínato de calcio 5miligramos/mililitros Solucion oral***

1 MILILITROS, ORAL, Cada 24 horas, por 90 DIAS

Firmado electrónicamente

Fecha de consulta:

Ficha:

Registro válido

03/04/2025

05756017680300001283

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALANNA PAULETTE

Apellidos: ORTIZ HENAO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1033343536

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

26/10/2018

Última actualización ciudadano:

04/06/2024

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Calle 7 No 10 - 22

3146412395

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

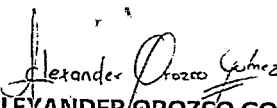
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

FECHA: 10 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Gilma María Cardona C.C. 22.103.563

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.103.563

CARDONA

APELLIDOS

GILMA MARIA

NOMBRES

Gilma Maria Cardona

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

13-MAR-1962

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.42

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

14-OCT-1980 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00178292-F-0022103563-20090915

0016086209A 2

2670000819

SECRETARIA DEL ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Resolución 003047 14 AGO 2008

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



NÚMERO INFORME:

W93
296278

Fecha:

Dic.31/2024

Hora:

10:00

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Código: 057580239401

Dirección: CALLE 16 No 7-151

Teléfono: 8695050

Departamento: ANTIOQUIA

Municipio: SONSON

Fax: 8695050

Código: 05

Código: 756

Código: EPSS40

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA
(PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: CARDONA

1er Nombre: GILMA

Tipo de Documento: CEDULA

Fecha de Nacimiento: Mar.13/1962

Edad: 62 Años

Dirección Residencia: BARRIO GUANTEROS CALLE 6 #1-21

Departamento: ANTIOQUIA

Municipio: SONSON

Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-1

2do. Apellido:

2do. Nombre: MARIA

No. Documento: 22.103.563

Sexo: FEMENINO

Código: 05

Código: 756

Teléfono: 3103579589

III. INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Prioridad de la atención: PRIORITARIA

Ubicación del paciente al momento de
la solicitud de autorización:

Manejo Integral Según Guía:

CONSULTA EXTERNA

Tipo de Servicios
solicitados:

SERVICIOS ELECTIVOS

Servicio: MEDICA GENERAL

Cama:

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890228	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CARDIOLOGIA

Justificación Clínica: PACIENTE DE 62 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE ESTENOSIS AORTICA CORREGIDA EN 2017 Y HTA, EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA, ÚLTIMA VEZ EN ENERO DEL PRESENTE AÑO. ESPECIALISTA RECOMIENDA REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAFÍA PARA SEGUIMIENTO DE SU PATOLOGÍA DE BASE, PENDIENTE DE REALIZAR, ADEMÁS REQUIERE SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGÍA CON ORDEN VENCIDA, RENEVO ORDEN.

Diagnóstico principal: ESTENOSIS (DE LA VALVULA) AORTICA

Diagnóstico relacionado 1: ** NO PRESENTA **

Diagnóstico relacionado 2: ** NO PRESENTA **

Código CIE10: I350

Código CIE10:

Código CIE10:

IV. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: MEDICO INTERNO 2

Registro Médico:

Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL

Teléfono: 8695050

Teléfono Celular:

Firma

Dra. Isis Dayana Jaramillo Valencia
Médico General
R.M. 1010207821
Universidad Antonio Nariño UAN



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 27500977

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2024-11-27

HORA: 11:31

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
INSTITUTO DEL CORAZON RIONEGRO				NI	800107179
Código	056150001203		Telefono 1	6043207240	
Correo			Telefono 2		
Dirección					
Calle 42 # 56 - 39 Piso 2 Local 201 Centro Empresarial Savanna					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
CARDONA		GILMA		MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		1962-03-13			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	22103563		Fecha de nacimiento
Dirección de Residencia Habitual		CL 6 KR 12		Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Telefono celular	3226546715	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	350 - Estenosis (de la valvula) aortica	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890366	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA			
Observación	anexo 31/01/2024 REEMPLAZA NUA 24885261 POR CAMBIO DE IPS				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22040346	Fecha	2024-11-27	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				947	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 27312709

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FÉCHA: 2024-11-12

HORA: 11:20

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RIONEGRO)			NI	890907254	
Código	056150137601		Teléfono 1	6045313700	
Correo	blenestarsocial@hsjdeserlonegro.com		Teléfono 2		
Dirección					
Carrera 48 # 56 - 59					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
CARDONA		GILMA		MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		Fecha de nacimiento		1962-03-13	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	22103563		
Dirección de Residencia Habitual		CL 6 KR 1 2		Teléfono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Teléfono celular	3226546715	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cardiología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	350 - Estenosis (de la valvula) aortica	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
990226	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA			
Observación	anexo con fecha del 22/08/2024 reemplaza orde nua 23751830 por cambio de ips para donde le salio nunca contestas				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21902676		Fecha	2024-11-12	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			945	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	Exento cobro	0.00		0.00 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
smurillm (SANDRA MILENA MURILLO MURILLO)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME: W93 257288 Fecha: Ene.31/2024 Hora: 14:49

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SONSON		
Código:	057560239401	NIT:	890.980.003-5
Dirección:	CALLE 16 No 7-151		
Teléfono:	8695050	Fax:	8695050
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	SONSON	Código:	756
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	CARDONA	2do. Apellido:	
1er Nombre:	GILMA	2do. Nombre:	MARIA
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	22.103.563
Fecha de Nacimiento:	Mar.13/1962	Edad:	61 Años
Dirección Residencia:	BARRIO GUANTEROS CALLE 6 #1-21		
Departamento:	ANTIOQUIA	Sexo:	FEMENINO
Municipio:	SONSON	Código:	05
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1	Código:	756
		Teléfono:	3103579589

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS SELECTIVOS
Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA	Servicio:	MEDICINA INTERNA
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Manejo Integral Según Guía:			

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	881234	1	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR
2	890366	1	CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA
3	881332	1	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS PROSTATA RINONES VEJIGA
4	904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH ULTRASENSIBLE
5	890306	1	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA
6	904904	1	HORMONA-ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH ULTRASENSIBLE
7	903426	1	HEMOGLOBINA-GLICOSILADA POR ANTICUERPOS AUTOMATIZADA
8	895100	1	ELECTROCARDIOGRAMA
9	903605	1	IONOGRAMA CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO

Justificación Clínica: Paciente de 61 años de edad con protesis en valvula con eco TT 26/05/2023 FEVI 62% protesis normofuncionate , HTA controlada para su edad , TFG 94.84 ml/min CCG en seguimiento por cx cardiovascular y cardiología regular , Paciente se favorecería de seguimiento-PRESENCIAL para manejo integral

Diagnostico principal:	ESTENOSIS (DE LA VALVULA) AORTICA	Código CIE10:	I350
Diagnostico relacionado 1:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Código CIE10:	I10X
Diagnostico relacionado 2:	CARDIOMIOPATIA, NO ESPECIFICADA	Código CIE10:	I429

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	PALACIOS RAMIREZ DABEY AMERICA	Teléfono:	8695050
Registro Medico:	270204108	Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO ESPECIALISTA		

Firma

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS				
	Nit: 890.980.003-5				
HISTORIA CLINICA DE:			Atencion:	165	
MEDICINA INTERNA			Fecha:	Ene.31/2024	
Nombre:	CARDONA GILMA MARIA	Edad:	61 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3103579589	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	22103563	Id:	CC	22.103.563	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	14:49		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: Medicina Interna Tele consulta No Interactiva

Se realiza atención con EPP y protocolo institucional de bioseguridad

Valoración de RCV según RIAS y protocolo institucional

Paciente de 61 años de edad, residente de sonson seprada, ama de casa sin hijos

Antecedentes personales:

Patológicos: HTA, cardiopatía de origen valvular aortica 10/05/2017

Ox: Colectectomía

Alérgicos: Niega.

Toxicológicos: Niega.

Hospitalizaciones: Niega

Inmunológicos: Esquema de vacunación para COVID 19 tres dosis.

Farmacológicos: Enalapril 5mgx1, HCT 25 mgx1, Atorvastatina 40 mgx1, ASA 100 mgx1, Metoprolol 50 mgx1,

MC de la presión

EA: Asintomática, niega síntomas cardiovasculares o respiratorios, refiere adherencia y tolerancia a la medicación, refiere control en grasas y CHOs y sal, niega actividad física aeróbica.

Revisión por sistemas: Niega

Examen Físico:

Buenas condiciones generales

PA:118/80 mmHg Fc:70 lpm SaO2:95% ambiente

Cuello móvil sin IY

Tórax simétrico expansión normal

Rsr coservados sin sobreagregados Rscrs dos tiempos. Soplo sistólico II aortico

Extremidades sin edemas, ll capilar menor de dos segundos

Alerta sin déficit neurológico

22/08/2023 Cx cardiovascular, proteisis aortia normofuncionate Eco TT 26/05/2023 FEVI 62%
Control en 1 año.

Ayudas Dxs:

26/12/2023 Colesterol Total 183.39 mg7dlñ

Cr 0.91 mg/dl

TFG 94.84 ml/min

Glucosa 99.72 mg/dl

HDL c 43.80 mg/dl

LDLc 120.20 mg/dl

Tgs 96.96 mg/dl

Parcial de orina sinproteinuria sinhematuria

Hb 14.9 g/dl Hct 42.4 % plaquetas 257000 Blancos 7.050 diferencial normal

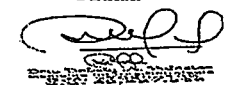
Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: NIEGA. CARDIOVASCULARES: ESTENOSIS AÓRTICA. YA CORREGIDA (CORREGIDA EL 10 DE MAYO DE 2017.). QUIRURGICOS: APENDICITIS. REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA. OTRAS ENFERMEDADES: DM EN TRATAMIENTO CON METFORMINA CADA 12 HORAS DESDE HACE 10 MESES, COLON INFLAMADO. INGESTION DE MEDICAMENTOS: METOPROLOL, OMEOPRAZOL, HIROXIDO DE ALUMINIO, HCTZ, LOVASTATINA, ENALAPRIL. PATOLOGICOS: DM2 EN TRATAMIENTO CON METFORMINA.

Familiares: CARDIOVASCULARES: TIA INFARTO (FALLECIDA). OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE. RESPIRATORIOS: NIEGA.. CANCER: ABUELO(LEUCEMIA). EPILEPSIA: NO. HIPERTENSION ARTERIAL: NO. DIABETES MELLITUS: NO

Psico-Sociales: CONSUMO TABACO: NIEGA.. CONSUMO DE ALCOHOL: NO. OTROS: COCINA CON LEÑA

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren D1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Ene.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrua: ** NO EXISTE, Fecha ultima citologia: Ene.00/0000, Proxima citologia:

Pagina: 1 de 3	Medico: PALACIOS RAMIREZ DABELY AMERICA	Firma 
Imprime: APOR	Especialidad: MEDICINA INTERNA	
Fecha Sistema: 27/11/2024	Cedula: 42.827.395	
Hora: 8:53:47	Registro: 270204106	



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
MEDICINA INTERNA

Atencion: 165

Fecha: Ene.31/2024

Nombre:	CARDONA GILMA MARIA	Edad:	61 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3103579589	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	22103563	Id:	CC	22.103.563	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	14:49		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 257288 - Ene.31/2024

1. ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR,Cantidad: 1
2. CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA,Cantidad: 1
3. ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS PROSTATA RIÑONES VEJIGA,Cantidad: 1
4. HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH ULTRASENSIBLE,Cantidad: 1
5. CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA,Cantidad: 1
6. HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH ULTRASENSIBLE,Cantidad: 1
7. HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS AUTOMATIZADA,Cantidad: 1
8. ELECTROCARDIOGRAMA,Cantidad: 1
9. IONOGRAMA CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO,Cantidad: 1

Pagina: 3 de 3
Imprime: APORFecha Sistema:27/11/2024
Hora:8:53:47

Medico:PALACIOS RAMIREZ DABELY AMERICA

Especialidad:MEDICINA INTERNA

Cedula: 42.827.395
Registro: 270204106

Firma


San Juan de Dios
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756012481000000088

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GILMA MARIA

Apellidos: CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22103563

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/11/2022

Última actualización ciudadano:

11/11/2022

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSON
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
3	Tres	Sonsón- Medellín
3	Tres	Medellín- Sonsón

FECHA: 13 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Martha Cecilia Manrique Castaño C.C.22.103.105

Diana Marcela Henao Manrique C.C. 1.047.964.058

Yuliana María Henao Manrique C.C. 1.036.951.689

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.036.951.689

HENAO MANRIQUE

APELLIDOS

YULIANA MARIA

NOMBRES

Yuliana Henao M.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1994

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ F

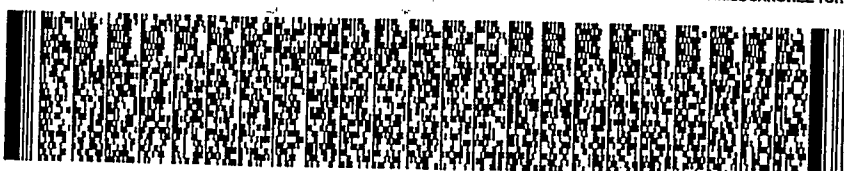
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-NOV-2012 RIONEGRO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-0121400-00427816-F-1036951689-20130309 0032526799A 1 38949451

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.047.964.058
NUMERO
HENAO MANRIQUE
APELLIDOS
DIANA MARCELA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1986
SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-MAR-2004 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0126200-14127293-F-1047964058-20040910 0303304254A 02 155658473

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.103.105
MANRIQUE CASTAÑO

APellidos
MARTHA CECILIA

NOMBRES

Manrique Castaño

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1961

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G.S. RH

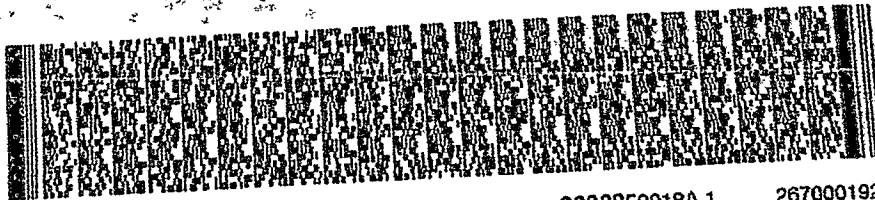
F

SEXO

09-DIC-1979 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00020904-F-0022103105-20080708

0000859018A 1

2670001928

IDENTIFICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: CC 22103105		
Paciente: MARTHA CECILIA MANRIQUE CASTAÑO		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 09/06/1961 00:00		
Edad y sexo 63 Años, Femenino biológico:		
Identificador único: 929670-1		Financiador: NUEVA EPS S.A.
Ubicación: SEGUNDO PISO SUR	Servicio: SEGUNDO SUR	Cama: 020 8

NOTAS MÉDICAS

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS

12/01/2025 12:33

POTASIO CLORURO 2 meq/ml SOLUCION INYECTABLE VIAL POR 10 mL
10 MILILITRO, INTRAVENOSA, Dosis única, por DOSIS UNICA

Estado: CANCELADO

Nota aclaratoria

Fecha: 12/01/2025 13:56

Se suspende administración de nueva orden de K, la dosis administrada el día de ayer sigue en infusión lenta.
Modificar según control.

Firmado por: NELSON ANDRES STERLING RODRIGUEZ, MEDICINA GENERAL, Registro 1075315275, CC 1075315275

Fecha: 12/01/2025 14:33 - Sede: CLINICA CARDIO VID-ROBLEDO - Ubicación: UC CORONARIOS - Servicio: UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS
- Habitación/Cama: UC08

Terapia Respiratoria - TERAPIA RESPIRATORIA

Evolución de terapia respiratoria: Paciente consciente y orientada, tranquila, sin soporte hemodinámico, mucosas húmedas e hidratadas, con oxígeno suplementario por cánula nasal a 4 lpm - Fio2 36%, saturaciones adecuadas y sin signos de dificultad respiratoria, tórax expande simétrico
Auscultación murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreagregados
FC 82lpm SAT 94%

Intervención: Paciente con diagnósticos y antecedentes anotados, tiene buen patrón respiratorio y ha tolerado el desmonte de la CAF, además también tolerando dieta supraglótica y disminución significativa de las secreciones, se refuerzan ejercicios respiratorios y se recuerda importancia de continuar realizándolos, se cierra IC por terapia respiratoria

Se realiza

Vigilancia y monitoreo respiratorio

Drenaje postural generalizado

Reeducación diafragmática

Accupap en 10 cmh2O

Burbujeo

Técnica exhalación forzada con guante

Ejercicios activos de miembros superiores a nivel de hombros más inspiraciones profundas y sostenidas

Dejo estable en su condición

Plan de manejo: Alta por terapia respiratoria

Firmado por: CATALINA DURANGO MORENO, TERAPIA RESPIRATORIA, Registro 1017189650, CC 1017189650, el 12/01/2025 14:36

Fecha: 12/01/2025 18:42 - Sede: CLINICA CARDIO VID-ROBLEDO - Ubicación: UC CORONARIOS - Servicio: UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS
- Habitación/Cama: UC08

Evolución médica - MEDICINA GENERAL

Causa externa: Enfermedad general

ANAMNESIS

Subjetivo: Paciente con orden de retiro de puntas de canulación previa de ECMO para el día de hoy.

Se dejó orden de retiro de puntas.

Objetivo: Orden de retiro de puntas.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - I472 - TAQUICARDIA VENTRICULAR, Fecha de diagnóstico: 02/01/2025, Edad al diagnóstico: 63 Años, I496 - OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, I519 - ENFERMEDAD CARDIACA, NO ESPECIFICADA, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, I252 - INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, E784 - OTRA HIPERLIPIDEMIA, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, I48X - FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, E669 -
Firmado electrónicamente Documento impreso al día 13/01/2025 10:51:05

IDENTIFICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: CC 22103105		
Paciente: MARTHA CECILIA MANRIQUE CASTAÑO		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 09/06/1961 00:00		
Edad y sexo 63 Años, Femenino biológico:		
Identificador único: 929670-1	Financiador: NUEVA EPS S.A.	
Ubicación: SEGUNDO PISO SUR	Servicio: SEGUNDO SUR	Cama: 020 8

NOTAS MÉDICAS

hipocinesia de las densas paredes, dilatación leve blauricular, alta probabilidad de HTP (psap 60 mmHg)
 * Enfermedad coronaria (ACTP + STEN en DA 2009)
 * Coronariografía noviembre 2024: Enfermedad severa de la DA con STENT con mínima hiperplasia intimal y fístula coronario pulmonar de bajo débito que no se interviene- Portadora de Cardioresincronizador Quadra Assura ABBOTT (upgrade en 01/2022)
 * Última descarga registrada revisión: 18/12/2024 reprogramación de cardioresincronizador en Clínica del Norte. DDR 70-130 batería 3. 6 años.
 Documenta descargas apropiadas el 14. 12. 2024 y 15. 12. 24
 - EPOC GOLD E
 - Obesidad
 - Dislipidemia
 - Fibrilación auricular CHA2DS2A 5 puntos
 * Infarto cerebral en territorio de ACM derecha sin secuelas manifestada por familiar
 - Epilepsia

Paracéntricos
 12/01/2025
 Na 149, K3. 54, Mag 2. 2
 Paracéntricos
 12/01/25
 - Hemogram: Blancos 7460 N 76, 7% Absolutos 5722 Pla 188000 Hb 11. 6 Hto 36. 7%
 - Cr 0. 69 BUN 30. 5
 - Mg 2. 43 K 3. 48 Sodio 151. 1 Calcio 1. 26
 - PCR 1. 9
 - pH 7. 44 PO2 61. 7 PCO2 44. 3 HCO3 28 BE 4. 9 Sat 91. 6% PAFI 193
 - PTT 47. 6

Objetivo: Aceptables condiciones generales, consciente, orientado, hidratado, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.
 - Cabeza: Escleras anictéricas, pupilas isocóricas normorreactivas, mucosa oral rosada e hidratada.
 - Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular, sin masas ni adenopatías palpables.
 - Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular conservado sin sobreagregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. No roce pericárdico.
 - Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin masas, sin megallas, sin signos de irritación peritoneal.
 - Miembros inferiores: sin edema, llenado capilar < 3 seg, pulsos conservados.
 - Neurológico: Glasgow 15/15, sin signos neurológicos focales, no déficit motor ni sensitivo, fuerza 5/5 en las 4 extremidades, ROT ++/+++ en las 4 extremidades.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - I472 - TAQUICARDIA VENTRICULAR, Fecha de diagnóstico: 02/01/2025, Edad al diagnóstico: 63 Años, I498 - OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, I519 - ENFERMEDAD CARDIACA, NO ESPECIFICADA, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, I252 - INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, E784 - OTRA HIPERLIPIDEMIA, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, I48X - FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, E669 - OBESIDAD, NO ESPECIFICADA, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, I633 - INFARTO CEREBRAL DEBIDO A TROMBOSIS DE ARTERIAS CEREBRALES, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, Z950 - PRESENCIA DE MARCAPASO CARDIACO, Fecha de diagnóstico: 31/12/2024, Edad al diagnóstico: 63 Años, E617 - DEFICIENCIA DE MULTIPLES ELEMENTOS NUTRICIONALES, Fecha de diagnóstico: 02/01/2025, Edad al diagnóstico: 63 Años, E46X - DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA, NO ESPECIFICADA (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 02/01/2025, Edad al diagnóstico: 63 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis: Martha Cecilia, 63 años
 - Antecedentes descritos entre ellos cardiopatía isquémica con FEVI reducida del 16%, enfermedad coronaria revascularizada, portadora de cardioresincronizador y FA permanente.
 - Ingresó por Tormenta eléctrica, fue llevada a estudio electrofisiológico exitoso el 02/01/25 con evidencia de TV monomorfa sostenida.
 - Ahora paciente que viene en seguimiento por deposiciones diarreicas asociado a trastorno hidroelectrolítico en manejo y con adecuada mejoría, hoy solo dos deposiciones. Además viene en manejo de glucometrías.
 - Trastorno de la deglución en manejo por fonocardiografía, ya se reitro SNG, viene con progresión de la dieta.
 - Se continuará menjo por medicina interna, explico, acepta y entendi.

Plan de manejo: Ver análisis.

Firmado por: SARA RAMIREZ BARRIOS, MEDICINA GENERAL, Registro 1152218845, CC 1152218845, el 12/01/2025 22:36

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 13/01/2025 10:51:05

IDENTIFICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: CC 22103105		
Paciente: MARTHA CECILIA MANRIQUE CASTAÑO		
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 09/06/1961 00:00		
Edad y sexo 63 Años, Femenino biológico:		
Identificador único: 929670-1		Financiador: NUEVA EPS S.A.
Ubicación: SEGUNDO PISO SUR	Servicio: SEGUNDO SUR	Cama: 020 8

NOTAS MÉDICAS

ÓRDENES MÉDICAS

Interna/hospitalización - INTERCONSULTAS

12/01/2025 22:38

INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Interconsulta

Aceptables condiciones generales, consciente, orientado, hidratado, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.

- Cabeza: Escleras anictéricas, pupilas isocólicas normoreactivas, mucosa oral rosada e hidratada.
- Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular, sin masas ni adenopatías palpables.
- Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular conservado sin sobreagregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. No roce pericardico.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin masas, sin megalias, sin signos de irritación peritoneal.
- Miembros inferiores: sin edema, llenado capilar < 3 seg, pulsos conservados.
- Neurológico: Glasgow 15/15, sin signos neurológicos focales, no déficit motor ni sensitivo, fuerza 5/5 en las 4 extremidades, ROT ++/+++ en las 4 extremidades.

Aceptables condiciones generales, consciente, orientado, hidratado, tranquilo, sin signos de dificultad respiratoria.

- Cabeza: Escleras anictéricas, pupilas isocólicas normoreactivas, mucosa oral rosada e hidratada.
- Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular, sin masas ni adenopatías palpables.
- Tórax: Simétrico, normoexpansible, murmullo vesicular conservado sin sobreagregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. No roce pericardico.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin masas, sin megalias, sin signos de irritación peritoneal.
- Miembros inferiores: sin edema, llenado capilar < 3 seg, pulsos conservados.
- Neurológico: Glasgow 15/15, sin signos neurológicos focales, no déficit motor ni sensitivo, fuerza 5/5 en las 4 extremidades, ROT ++/+++ en las 4 extremidades.

Estado: ORDENADO

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 12/01/2025

Grupo	Descripción
Patológicos	Falla cardíaca FEVI reducida 17% NYHA III AHA C etiología isquémica, Taquicardia ventricular, Enfermedad coronaria (ACTP + STEN en DA 2009), Cardiorresincronizador cardíaco (upgrada en enero de 2022), EPOC, Obesidad, Dislipidemia, Fibrilación auricular CHA2DS2-VASc 5 puntos, Infarto cerebral en territorio de ACM derecha
Alérgicos	Tiene antecedentes alérgicos: No
Farmacológicos	Medicación en casa: amiodarona 200 mg cada 12 horas, atorvastatina 80 mg cada 24 horas, bisoprolol 10 mg cada 24 horas, dapagliflozina 10 mg cada 24 horas, espironolactona 25 mg cada 4 horas, valsartán/sacubitril 100 mg cada 12 horas, fluticasona/vilanterol cada 24 horas, rivaroxaban 20 mg cada 24 horas, pregabalina cada 12 hora.
Angioplastia y/o stent coronarios.	2009 STENT en DA
Quirúrgicos	Implante de cardiorresincronizador 2023
Firmado electrónicamente	

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756460480200001450

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA CECILIA

Apellidos: MANRIQUE CASTAÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22103105

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

06/04/2021

Última actualización ciudadano:

06/04/2021

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

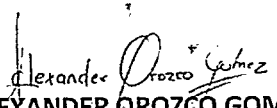
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 14 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Ginna Paola Arena Sánchez C.C.1.047.972.079

Ana Sofía Orozco Arenas T.I. 1.041.461.902

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carraón 6-58, Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.972.079**

ARENAS SANCHEZ

APELLIDOS

GINNA PAOLA

NOMBRES

GINNA PAOLA ARENAS

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

08-ABR-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

A+

ESTATURA

- G.S. RH

F
SEXO

23-ABR-2015 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0126200-00714250-F-1047972079-20150611

0044471858A 1

43985112

ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.041.461.902**
OROZCO ARENAS

APELLIDOS

ANA SOFIA

NOMBRES

Ana Sofia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

02-FEB-2017

LUGAR DE NACIMIENTO

02-FEB-2035

A+

F

FECHA DE VENCIMIENTO

G S RH

SEXO

07-FEB-2024 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO



P-0126200-01425006-F-1041461902-20240305

0138944439G 1 - 8510897735

1047972079

Paciente: ARENAS SANCHEZ GINNA PAOLA

Atención N° 0300127049

Fecha de Atención: 30/11/2023 09:18

Página 1 de 8

HISTORIA CLÍNICA DE AUTOINMUNE

Datos del afiliado

Identificación: CC 1047972079 Sexo: Femenino Fecha de Nacimiento: 08/04/1997 Edad Actual: 26 AÑOS
Departamento: Antioquia Ciudad: SONSON
Dirección: CALLE 17 A # 10-20 ALTOS DE BUENOS AIRES
Ocupación: No Aplica
Contratante: UNION TEMPORAL RUTA AUTOINMUNES
Teléfonos: 3218341303, 3218341303 Plan: UT001 RUTA AUTOINMUNE

Diagnósticos

Principal [Definitivo]: (M321) LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON COMPROMISO DE ORGANOS O SISTEMAS.

HISTORIA CLINICA DE AUTOINMUNE

DATO DE USUARIO: Gina, de 26 años, nació en Bogota, vive en Sonson (Antioquia), ama de casa, acude sola, raza mestiza

DIAGNÓSTICOS

ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA PRINCIPAL: Lupus eritematoso sistémico

ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA CONFIRMADA: SI

FECHA DE DIAGNÓSTICO : 01/01/2010

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: Manifestaciones hematológicas: anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes
Manifestaciones renales: nefritis lúpica clase V

PERFIL DE ANTICUERPOS: ANA: 1:160 , patron moteado

ENA: negativo

AntidsDNA: negativo

C3: 109 mg/dl (val ref: 88-165)

C4: 30 mg/dl (val ref: 14-44)

SUBJETIVO: Menciona la aparición de papulas eritematosas y pruriginosas en region abdominal y en torax anterior. Manifiesta poca mejoría con ivermectina que se pauto por sospecha de escabiosis
El esposo y el hijo tiene lesiones similares en abdomen y piernas
Actualmente sin lesiones en piel sugestivas de lupus eritematoso sistémico
Sin fotosensibilidad
Sin artralgias inflamatorias

Revisión por sistemas: dolor suprapúbico de 4 meses de evolución

COMORBILIDADES RELACIONADAS

OTRAS: Patológicos: no refiere

Quirúrgicos: ligadura de trompas

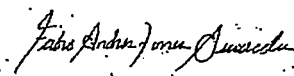
Alergicos: no refiere

GO: G2P2

TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL

REUMATOLÓGICOS: Hidroxicloroquina 200 mg/día (FI: 01/05/2022)

GLUCOCORTICOIDES : NO


TORRES SAAVEDRA FABIO ANDRES
REUMATOLOGÍA
N° Registro: 68-3008/2013

Imprime: MONTOYA LAYOS MARIA FERNANDA.

1047972079

Paciente: ARENAS SANCHEZ GINNA PAOLA

Atención N° 0300127049

Fecha de Atención: 30/11/2023 09:18

Página 2 de 8

HISTORIA CLÍNICA DE AUTOINMUNE

TRATAMIENTOS REUMATOLÓGICOS RECIBIDOS: Azatioprina 50 mg/día (FI: 01/01/2010-FF: 01/08/2022)
Prednisolona 5 mg/día (FI: 01/01/2010-FF: 01/08/2022)

Cloroquina 250 mg/día (FI: 01/01/2010-FF: 01/05/2022)

PROFILAXIS INFECCIOSAS

EXAMEN FISICO

∴ Buenas condiciones generales

CYC: Conjuntivas rosadas y anictéricas, mucosa oral sin lesiones. Cuello sin linfadenopatías

CP: Murmullo vesicular normal. Sin soplos cardíacos

Abdomen: Sin masas

Articular: AD. 0/28 y AI: 0/28. Squeeze test negativo

Neurológico: sin pie caído. Moviliza simétricamente las cuatro extremidades

Piel: papulas eritematosas en torax anterior y abdomen

ANÁLISIS, PLAN Y CONDUCTA

ANÁLISIS, PLAN Y CONDUCTA: Actualmente con lupus eritematoso sistémico en remisión SLEDAI-2k: 0 puntos sin manifestaciones articulares o mucocutáneas. Paraclínicos sin anemia, proteinuria ni deterioro de la función renal (hemograma y uroanálisis normales)

Continúa hidroxicloroquina 200 mg/día

Por sospecha de escabiosis se envía prioritariamente a dermatología e indico permetrina en loción (fuera de la ruta de autoinmunes)

Se envía a ginecología por dolor suprapúbico de 4 meses de evolución (fuera de la ruta de autoinmunes)

Se renueva orden de ecografía renal y de vías urinarias (fuera de la ruta de autoinmunes)

Control con medicina interna en 3 meses con exámenes

NIVEL DE RIESGO DEL PACIENTE: 3. RIESGO BAJO

RECOMENDACIONES GENERALES NOTIFICACION: SE LE EXPLICA AL PACIENTE DE MANERA AMPLIA Y CLARA SU ENFERMEDAD ACTUAL, PRONÓSTICO, TRATAMIENTOS Y DESENLACES. AFIRMA ENTENDER, COMPRENDER Y ACEPTAR EL PLAN.

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ADHERENCIA A LAS TERAPIAS PRESCRITAS (FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS). SE INSISTE SOBRE LA ASISTENCIA A LAS CITAS PROGRAMADAS CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES QUE INCLUYE SU ATENCIÓN EN LA RUTA.

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA, PROTECCIÓN SOLAR Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR PROCESOS INFECCIOSOS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA INFORMAR A LA RUTA Y PARA CONSULTA PRIORITARIA POR URGENCIAS: DOLOR E INFLAMACIÓN ARTICULAR, LESIONES EN PIEL, FIEBRE, MALESTAR GENERAL, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR TORÁCICO, ARDOR PARA ORINAR O POCO VOLUMEN URINARIO, CEFALEA, DÉFICIT NEUROLÓGICO, DIARREA QUE NO CESE CON MEDIDAS BÁSICAS.

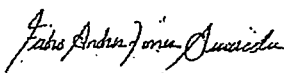
Escalas Diligenciadas

Escala: HAQ - HAQ

Total: 0 // Interpretación: 0

Escala: SLEDAI-2K - Índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso sistémico 2000

Total: 0 // Interpretación: Baja Actividad



TORRES SAMPEDRO FABIO ANDRES

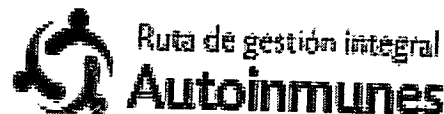
REUMATOLOGÍA

N° Registro: 68-3008/2013

Imprime: MONTOYA LAYOS MARIA FERNANDA



SEDE AYACUCHO
900294794-5
Teléfonos: 6043228453 OPC 1
MEDELLIN



1047972079

Paciente: ARENAS SANCHEZ GINNA PAOLA

Atención N° 0300194974
Fecha de Atención: 30/07/2024
Página 1 de 1

ORDEN MÉDICA

Datos del afiliado

Identificación: CC 1047972079 Sexo: Femenino Fecha de Nacimiento: 08/04/1997 Edad: 27 años, 3 meses, 22 días
Departamento: Antioquia Ciudad: SONSON
Dirección: CALLE 17 A # 10-20 ALTOS DE BUENOS AIRES
Ocupación: No Aplica
Contratante: UNION TEMPORAL RUTA AUTOINMUNES
Teléfonos: 3218341303, 3218341303 Plan: UT001 RUTA AUTOINMUNE
Grupo Poblacional: Otro Grupo Poblacional

Diagnósticos

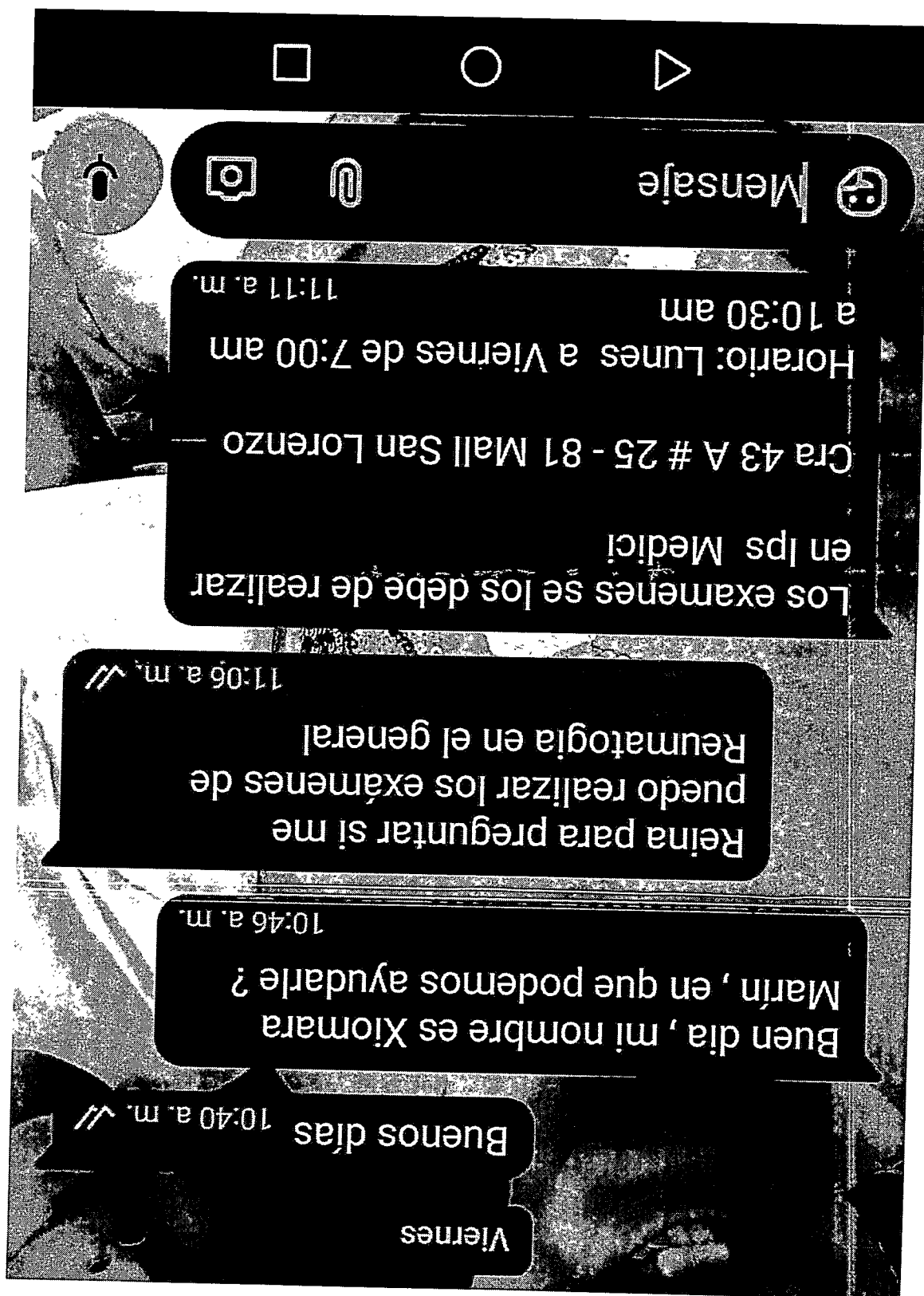
Principal [Definitivo]: (M321) LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO CON COMPROMISO DE ORGANOS O SISTEMAS.

LABORATORIO

Código	Prescripción	Cantidad
902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	1
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1
906905	COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	1
906907	COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	1
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	1
907106	UROANALISIS	1
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1

RAMIREZ IZQUIERDO ZUNNI DANIELA
MEDICINA GENERAL
N° Registro: 1017265288

Imprime: MARIN CAMPUZANO XIOMARA.



Mensaje

Los exámenes se los debe de realizar en Ips Medici
Cra 43 A # 25 - 81 Mall San Lorenzo
Horario: Lunes a Viernes de 7:00 am a 10:30 am
11:11 a.m.

Reina para preguntar si me puedo realizar los exámenes de Reumatología en el general
11:06 a.m.

Buen día , mi nombre es Xiomara Marín , en que podemos ayudarle ?
10:46 a.m.

Buenos días
10:40 a.m.

Viernes



citas-hicm.org/landing

28



Concejo de Medellín

← Cerrar sesión

Seleccione la especialidad...



Estas son sus citas

PEDIATRIA

INGRID MARCELA ERAZO

CARVAJAL

Fecha: 2025-01-15

Hora: 09:40

Cita #: 18016

Consultorio 5

Cancelar cita



Hospital Infantil
Concejo de Medellín

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
Centro de Costos General

NUMERO INFORME [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Fecha: 2 0 2 4 - 1 2 - 2 7 Hora: 1 4 : 0 1

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre Corporación Hospital Infantil Concejo De Medellín Nit X 9 0 0 6 2 5 3 1 7 - 7

Código 0 5 0 0 1 1 3 1 3 1 0 1 Dirección prestador calle 72 A N° 48 A 70 Número DV

Teléfono: Indicativo 4 4 4 6 4 2 5 número Departamento: Antioquia 0 5 Municipio: MEDELLÍN 0 0 1

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS CODIGO: E P S S 4 0

DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)

OROZCO 1er Apellido ARENAS 2do Apellido ANA 1er Nombre SOFIA 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación
☐ Registro civil ☐ Pasaporte
☒ Tarjeta de identificación ☐ Adulto sin identificación
☐ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación
☐ Cédula de extranjería
Número documento de identificación 1 0 4 1 4 6 1 9 0 2

Dirección de Residencia Habitual: CL 17A 10 20 Fecha de Nacimiento: 2 0 1 7 - 0 2 - 0 2

Departamento: Antioquia 0 5 Municipio: SONSON Teléfono: 0 0 0 0 0 0 0 7 5 6

Teléfono celular: 3 2 3 6 6 6 6 0 4 5 Correo electrónico: GINNASANCHEZ567@GMAIL.COM

Cobertura en salud
☐ Régimen contributivo ☐ Régimen subsidiado - parcial ☐ Población pobre no Asegurada sin SISBEN ☐ Plan adicional de salud
☒ Régimen subsidiado - total ☐ Población pobre no Asegurada con SISBEN ☐ Desplazado ☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención
☒ Enfermedad general ☐ Accidente de trabajo ☐ Evento catastrófico
☐ Enfermedad profesional ☐ Accidente de tránsito ☐ Posterior a la atención inicial de urgencias
Tipo de servicios solicitados
☒ Servicios electivos
Prioridad de la atención
☐ Prioritaria ☐ No prioritaria

Ubicación del pacienteal momento de la solicitud de autorización
☒ Consulta externa ☐ Hospitalización Servicio: PEDIATRIA Cama: [] [] [] [] [] []
☐ Urgencias

Manejo integral según guía de: Especialidad Solicitada: PEDIATRIA

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
2	2 0	TERAPIA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA
3	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDI
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Justificación clínica: PACIENTE DE 7 AÑOS CON TRASTORNO COMPORTAMENTAL CON CRITERIOS DE TDAH COMBINADO, CON CIT DE 85, SIN ANTECEDENTE DE RIESGO NEUROLOGICO PERSONAL NI FAMILIAR, CON EXAMEN FISICO NEUROLOGICO NORMAL CON NIVEL COGNITIVO APARENTE NORMAL, CON SIGNOS Blandos DE HIPERACTIVIDAD Y FALLAS A PRONUNCIAR CIERTAS PALABRAS.

SE CONSIDERA CONTINUAR DE MANEJO PSICOCONDUCTUAL + INICIO DE ATOMOXETINA 25 MGR EN LA NOCHE + FLUOXETINA 3 CC EN LA MAÑANA + CONTINUAR MODIFICACION DE NORMATIVIDAD EN CASA + CONTROL EN 3 ME

Impresión diagnóstica: Código CIE10 Descripción
Diagnóstico principal F 9 0 0 PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION
Diagnóstico relacionado 1
Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta CARLOS ARTURO CAMPO TERNERA Teléfono 4 4 4 6 4 2 5
Registro medico 7603458 Indicativo número extensión
Cargo o actividad: NEUROLOGIA PEDIATRICA Teléfono celular:

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756025580400001829

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA SOFIA

Apellidos: OROZCO ARENAS

Tipo de documento: Tarjeta de Identidad

Número de documento: 1041461902

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

07/02/2024

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

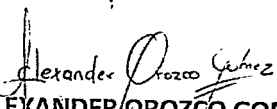
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 15 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Roberto Gallego Gómez C.C. 3.615.964

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.615.964

GALLEGO GOMEZ

APELLIDOS

ROBERTO

NOMBRES

Roberto Gallego

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1951

SONSON
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

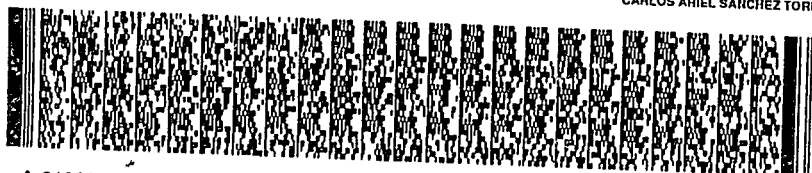
1.68
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

21-ENE-1974 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00032303-M-0003615964-20080728

0001526647A 1

2460004091

		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 27670415	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-12-11	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL				HORA: 12:48	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RIONEGRO)			NI	890907254	
Código	056150137601		Telefono 1	6045313700	
Correo			Telefono 2		
Dirección					
Carrera 48 # 56 - 59					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
GALLEGO		GOMEZ		ROBERTO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	3615964		Fecha de nacimiento
1951-04-11					
Dirección de Residencia Habitual		LOS DRAGOS		Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Telefono celular	3117203457	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890294	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA			
Observación	REEMPLAZA ORDEN N 25468100 POR VENCIMIENTO ANEXO CON FECHA DEL 1/4/2024				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22123181		Fecha	2024-12-06	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			479	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	Exento cobro	0.00		0.00 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mjaramid (MARILYN MICHELLE JARAMILLO DE HOYOS)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

15 enero

9:20 AM

		HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SONSON			
		Nit: 890.980.003-5			
HISTORIA CLINICA DE: MEDICINA INTERNA		Atencion:		87	
		Fecha:		Abr.01/2024	
Nombre:	GALLEGO GOMEZ ROBERTO	Edad:	72 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3127927513	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	3615964	Id:	CC	3.615.964	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	21:58		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: Medicina Interna -Tele consulta No interactiva

Paciente de 70 años de edad , residente de área rural de Sonsón las cruces ,casado , agricultor

Antecedentes personales :

Patológicos : HTA Dx no recuerda, prediabetes

Qxs: Niega

Alérgicos : Niega

Tóxicos: Niega consumo de cigarrillo, combustión de biomasa suspendido

Hospitalitos : Niega

Farmacológicos : HCTZ 25 mgx1 , Enalapril 20 mgx2 , Amlodipino 5mgx2.

mc: del control

ea: Paciente refiere mareos ocasionales, nopoliuria ni polidipsia si nicturia, reifere adherencia y tolerancia a la mediaicon reifere control en grasas chos y sal

Revision por sistemas: Niega

Examen Físico:

Buenas condiciones generales

Pa:100/65 mmHg Fc:54 lpm SaO2 :97%

Peso: 61 Kg Talla:1.62 mts IMC: 23 Kg/m2

Cuello móvil sin lesiones sin masas

Tórax simétrico expansión normal sin tirajes sin retracciones

Rscrs dos tiempos ,sin soplos

Rrsr cosnervados globalmente sin sobreagregados patológicos

Abdome globuloso peristaltismo presente sin dolor panículo adiposo

Extremidades sin edemas , llenado capilar menor de dos segundos

Alerta sin déficit neurológico

Ayudas Dxs, paraclínicos control de RCV :

17/2/2024 hblac 6.21%

20/05/2023 ct 184 hdl 37 ldl 121 tg 128 creatinuria 76 albuminuria 5.8 cr/alb 7.66 hb 14.7 hto 41.2 cr 1.01

tfg 57 mil/min ccg y 79 mil/min cdk epi erc g3 a a1

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: NO ALERGIAS A MEDICAMENTO.. CARDIOVASCULARES: HTA DESDE 2015. QUIRURGICOS: NO CIRUGÍAS.. OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE. INGESTION DE MEDICAMENTOS: ENALAPRIL,HDTZ, AMLODIPINO. PATOLOGICOS: HTA

Familiares: PSIQUIATRICOS: NO. OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE. CANCER: NO SABE. ENFERMEDADES CORONARIAS: MADRE IM, MURIO. HIPERTENSION ARTERIAL: MAMÁ, HERMANO HTA. DIABETES MELLITUS: NO

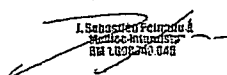
Psico-Sociales: CONSUMO DE ALCOHOL: MUY OCASIONAL.. OTROS: COCINAN CON LEÑA

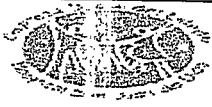
Examen Físico:

Concepto Medico:

ENTERADO DEL CASO DEL SR.

Roberto Gallego, 70 años con antecedentes anotados, acude a control anual. al examne fisico imc 23 presion en metas sin signos de sobrecarga, saturando 97% ambiente. con paraclincios contorl hblac prediabetes se educa dieta hipoglucida. con ekg bradycardia sinusal p-r 160 mg. sin pausas de la

Pagina: 1 de 2	Medico:PEINADO ACEVEDO JUAN SEBASTIAN	Firma  J. Sebastian Peinado Acevedo Nit: 890.980.003-5
Imprime: DORAI	Especialidad:MEDICINA INTERNA	
Fecha Sistema:04/04/2024	Cedula: 1.098.740.045	
Hora:13:27:53	Registro:	

		HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SONSON				
		Nit: 890.980.003-5				
HISTORIA CLINICA DE: MEDICINA INTERNA			Atencion:		87	
			Fecha:		Abr.01/2024	
Nombre:	GALLEGO GOMEZ ROBERTO		Edad:	72 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3127927513		Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	3615964		Id:	CC	3.615.964	
Estado Civil:	CASADO		Hora Ate:	21:58		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA					

conduccion. resto de mayo 2023 en metas con fucnino renal leventne disminuida y singos de hiperplasia prostatica .

Problemas

- 1- HTA de larga data controlada; CONTINUAMOS IGUAL MANEJO.
- 2- prediabetes con imc 23 se explicadietta hipoglucida paciente sin previa educaciones, s e envía a nutrición.
- 3- bradicardia sinusal sin signos de bloqueo av en ekg, ni tampoco de bajo gasto, por ahora vigilancia,
- 4- sospecha de hbp, nicturia, enviamos PSA y eco de VU
- 5- erc g3a al Vs envejecimiento renal. por ahora vigilancia y evitar nefrotóxicos.

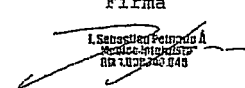
Diagnostico: Dx.Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: ., Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 264308 - Abr.01/2024

1. CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA,Cantidad: 1
2. ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA PSA,Cantidad: 1
3. ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS PROSTATA RIÑONES VEXIGA,Cantidad: 1.
4. CONSULTA ESPECIALIZADA POR UROLOGIA,Cantidad: 1
5. CONSULTA PRIMER VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA,Cantidad: 1
6. HEMOGRAMA III HEMOGLOBULINA HEMATOCRITO RECuento AUTOMATIZAD,Cantidad: 1
7. COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL INMUNOLOGICO DIRECTO,Cantidad: 1
8. ADU TRIGLICERIDOS,Cantidad: 1
9. HEMOGRAMA III HEMOGLOBULINA HEMATOCRITO RECuento. AUTOMATIZAD,Cantidad: 1

Pagina: 2 de 2	Medico:PEINADO ACEVEDO JUAN SEBASTIAN	Firma  J. Sebastian Peinado A. Medico-Internista RA 1027-240 048
Imprime: DORAI	Especialidad:MEDICINA INTERNA	
Fecha Sistema:04/04/2024	Cedula: 1.098.740.045	
Hora:13:27:53	Registro:	

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756016680400000065

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ROBERTO

Apellidos: GALLEGO GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3615964

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/11/2018

Última actualización ciudadano:

13/11/2018

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

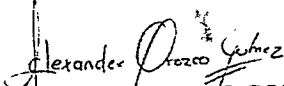
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 16 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Edilma María Manrique Henao C.C. 22.104.681

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1963

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

13-DIC-1982 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0121400-00032122-F-0022104681-20080726

0001511082A 1

2340016832

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.104.681

MANRIQUE HENAO

APELLIDOS

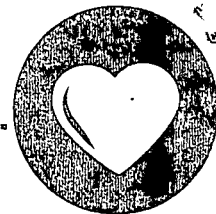
EDILMA MARIA

NOMBRES

Edilma Manrique Henao
FIRMA



La Clínica Somer



Certifica que:

Edilma Manrique Henao

con c.c. 22 104 681, estuvo en nuestra Institución
en condición de acompañante , paciente X para la
realización de Consulta por oftalmológico.

Fecha: Enero - 17 - 2025.

Hora de llegada: 7:30 am. Hora de salida: 9:00 am.

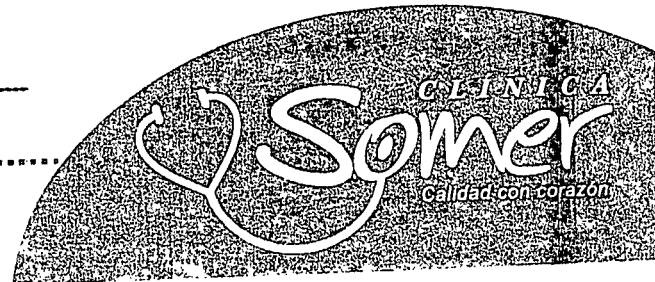
Dr. JUAN CARLOS CORREA

OF TALMÓLOGO

C.C. 71.942.574

Firma y sello

En caso de cualquier inquietud puede comunicarse
con nosotros al 605 2626 ext. 7004.



Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756025580400000558

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EDILMA MARIA

Apellidos: MANRIQUE HENAO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22104681

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

30/10/2018

Última actualización ciudadano:

30/10/2018

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSON
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja- Sonsón

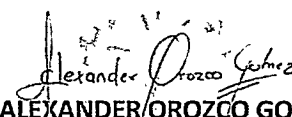
FECHA: 19 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Diana Marcela Arango 1.047.969.635

Emily García Arango NUIP. 1.047.974.474

Luis Adrián García Zambrano C.E. 27.462.118

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(6)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61542579
Serial

NUIP

1.047.974.474

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código C Z B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SONSON - COLOMBIA - ANTIOQUIA - SONSON

Datos del inscrito

Primer Apellido GARCIA Segundo Apellido ARANGO
Nombre(s) EMILY

Fecha de nacimiento Año 2024 Mes MAR Día 15 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA ANTIOQUIA LA CEJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 24031610899494

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos ARANGO MARTINEZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.047.969.635 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos GARCIA ZAMBRANO LUIS ADRIAN

Documento de identificación (Clase y número) DE 27462118 Nacionalidad VENEZUELA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos ARANGO MARTINEZ DIANA MARCELA
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.047.969.635 Firma Diana Marcela Arango

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

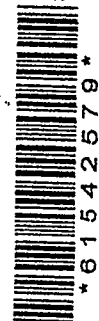
Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2024 Mes MAR Día 19
Nombre y firma del funcionario que autoriza SORAYA CALDERON BLANCO - REGISTRA

Reconocimiento paterno
Firma Luis R. Garcia Z.
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento SORAYA CALDERON BLANCO

ESPACIO PARA NOTAS
19.MAR.2024 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 11 FOLIO 244. ART 118 LEY 1395
DEL 12 DE JULIO DE 2010.. SORAYA CALDERON BLANCO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.969.635**
ARANGO MARTINEZ

APELLIDOS
DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Marcela

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAR-1993**
SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

02-MAY-2011 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0126200-00316801-F-1047969635-20110726

0027567504A 1

35508970

CELESTIA DE IDENTIFICACION

V. 27.462.118

APellidos: GARCIA ZAMBRANO

Nombre: LUIS ADRIAN C.

Luis A. Garcia ZAM

23-07-90 SOLTERO

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

27-10-09 10-2019

F. EXPIRACION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO





ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 26649136

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2024-09-13

HORA: 12:38

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (RIONEGRO)				NI	890907254
Código	056150137601		Telefono 1	6045313700	
Correo	bienestarsocial@hsjdeserionegro.com		Telefono 2		
Dirección					
Carrera 48 # 56 - 59					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
GARCIA		ARANGO		EMILY	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento De Identificación		RC	Número documento de identificación	2do Nombre	
Dirección de Residencia Habitual		CR 9 13 168		Fecha de nacimiento	2024-03-15
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Telefono celular	3137916298		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					
Servicio	Ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	Q660 - Talipes equinovarus
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
935308	1	MANIPULACION Y APLICACION DE YESO PARA MALFORMACION CONGENITA DE PIE			
Observación	ANEXO CON FECHA DEL 12/8/2024 CITA ASIGNADA PARA EL 15/9/2024				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21366462		Fecha	2024-09-10	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			25	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mmelendg (MELANY MELISSA MELENDEZ GONZALEZ)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 dias		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

2 hora And ACC

30 sep tiempo
1:40 pm

Fecha de consulta:

Ficha:

Registro válido

03/04/2025

05756013580500002676

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILY

Apellidos: GARCIA ARANGO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1047974474

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

19/03/2024

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín- Sonsón

FECHA: 24 de Enero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Raquel Rendón López C.C.22.100.618

Maria Yesuli Betancourt Arango C.C. 1.027.886.928

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 4-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820

www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.100.618

RENDON LOPEZ

APELLIDOS

RAQUEL

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1955

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

17-ENE-1976 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00183548-F-0022100618-20091006

0016887442H 5

2670001128

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

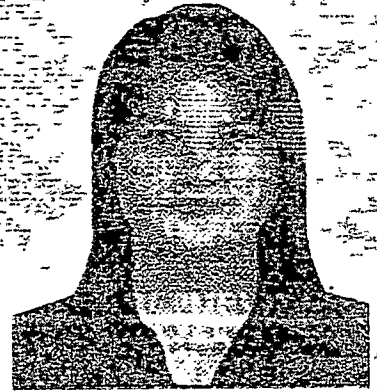
NUMERO **1.027.886.928**
BETANCOURT ARANGO

APELLIDOS
MARIA YESULI

NOMBRES

Maria Yesuli B-A

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1993**

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-AGO-2011 ANDES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0101900-00346539-F-1027886928-20111118

0028511933A 1

36974797



Documento: 22100618
Paciente: RAQUEL RENDON LOPEZ
Fecha cita: 2025-01-24 **Hora cita:** 15:45
Sede: Prodiagnostico Sede Poblado
Dirección: Cr. 48 N° 7 - 142 **Teléfono:**
Sala: POB Densitometria
Estudio(s): OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL

Indicaciones:

Contraindicaciones:

Preparaciones:

"La hora de la cita está indicada en Horario Militar, por tanto si su cita dice que es a las 1:00 esto significa que es a las 1:00 a.m. (madrugada), y si la hora indicada es 13:00, significa que es a las 1:00 p.m. (tarde).

Indicaciones específicas para la realización del estudio.

- Suspender toda presentación de calcio oral 4 días antes de la realización del estudio.

Requisitos para el día del estudio.

- Asistir 30 minutos antes de la hora programada.
- Presentar orden médica, historia clínica y los exámenes previos de la misma región a evaluar.
- Presentar documento de identificación.
- Deben asistir al servicio acompañados de un adulto responsable:
 - Menores de 18 años.
 - Mayores de 60 años.
 - Personas de cualquier edad con alguna limitación cognitiva, física y/o para la movilidad.
- Si el paciente es menor de 5 años, debe asistir al servicio en compañía de dos adultos responsables.
- Evite venir acompañado con menores de edad.
- Si se encuentra en estado de embarazo o con sospecha de estarlo, informar antes de realizar el estudio.
- Asistir al servicio en ropa cómoda, que no tenga ningún elemento metálico.
- Te recomendamos no traer joyas, dinero ni objetos de valor.

Fecha de actualización: 24/05/2024 - V4



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 22100318	
Paciente: RAQUEL RENDON LOPEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 16/02/1955	
Edad y género: 69 Años, Femenino	
Identificador único: 349208-1	Financiador: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

Página 3 de 3

La Clínica Soma tiene convenio con distintas instituciones universitarias por lo que estudiantes de diversas facultades realizan sus prácticas formativas, acompañados por un profesor o personal asistencial.

Si usted permite las actividades docentes, habrá mejor atención porque hay más personas pensando en su salud; respetamos su derecho a la privacidad y la intimidad, por ello, al momento de ser atendido manifiéstele al médico Si está de acuerdo con que los estudiantes estén presentes y participen en la atención. Si usted NO lo desea entenderán sus motivos.

Le solicitamos colocar una X al frente de su decisión de permitir o NO la presencia de los estudiantes

Si estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

Nombre del paciente

Firma del paciente

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La **SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA S.A. - CLÍNICA SOMA** solicita su autorización para la recopilación, almacenamiento y tratamiento de sus datos personales y le informa que estos datos se utilizarán únicamente para las siguientes finalidades: consentimiento informado, orientadas a la prestación del servicio de salud y las finalidades descritas en el Manual de Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la CLÍNICA SOMA.

Sus datos personales son tratados y protegidos de acuerdo con lo que reglamentan dichas políticas con apego a lo dispuesto por la normativa colombiana sobre Tratamiento de Datos Personales, Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Consulte nuestras Políticas para el Tratamiento y Protección de Datos en www.soma.com.co

El presente documento se diligencia para dar cumplimiento a la exigencia para los profesionales en Salud, planteada por la ley 22 de 1981 en su artículo 15 y 16 y reiterada por el decreto reglamentario 3380 de 1991 en su artículo 10.

Código: FO-TR-03

Versión: 07

Vigencia: 16/03/2029

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 24/10/2024 04:10:39



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 22100618	
Paciente: RAQUEL RENDON LOPEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 16/02/1955	
Edad y género: 69 Años, Femenino	
Identificador único: 349208-1	Financiador: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

Página 3 de 3

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO

Imagenología:

- Ecografía doppler venoso de miembro inferior izquierdo (24/10/2024): Trombosis venosa profunda extensa izquierda parcialmente recanalizada, (lo visible de la vena iliaca externa, unión safenofemoral, vena femoral, vena poplitea, tronco tibio-peroneo y vena peronea).
- Radiografía de tórax (24/10/2024): Signos de atrapamiento de aire con infiltrados intersticiales bilaterales.

Análisis:

Paciente estable desde el punto de vista hemodinámico y sin requerimiento de oxígeno suplementario, quien ingresa por cuadro de trombosis venosa profunda extensa izquierda parcialmente recanalizada sobre una paciente con antecedente de insuficiencia venosa crónica / linfedema de miembros inferiores + angioTC de tórax descartando TEP asociado. En el momento no hay evidencia de signos de flegmasia cerulea dolens por lo que indico continuar manejo médico anticoagulante con Rivaroxabán para el ámbito ambulatorio y solicito espirometría pre y post broncodilatador en miras de determinar la existencia de neumopatía crónica de tipo EPOC en paciente con exposición a biomasa. Adicionalmente, indico iniciar manejo médico antiHTA en paciente con HTA de novo.

Plan de manejo:

1. Orden de paraclínicos ambulatorios.
2. Orden de espirometría pre y post broncodilatador.
3. Orden de DXA ósea + radiografía dorsolumbar para tamizaje de osteoporosis post menopáusica.
4. Fórmula médica así:
 - Rivaroxabán 15 mg VO cada 12 horas por 21 días (medicamento completo fue administrado desde día de egreso a la familiar Maria Betancur)
 - Continuar Rivaroxaban 20 mg VO cada día.
 - Olmesartan 40 mg VO cada día.
 - Amlodipino 10 mg VO cada día.
5. Cita de control por medicina interna.
6. Cita de control por virugía vascular.

Justificación de permanencia en el servicio:

Alta por medicina interna.

Código	Descripción del diagnóstico	Tipo	Estado
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Relacionado	Confirmado
I829	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA	Principal	Nuevo

Código CUPS	Descripción de exámenes	Total
903839	GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	1

Código CUM / IUM	Descripción medicamentos
56400-1	ENOXAPARINA 60 mg/0.6 ml SOLUCION INYECTABLE JERINGA X 0.6 ml
212764-2	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg TABLETA
19965499-11	LOSARTAN 50 mg TABLETA

Tipo de tratamiento recibido durante la estancia Médico ☒ Quirúrgico ☐

Unidades de estancia del paciente

URGENCIAS

Remitido a otra IPS: No

Médico que elabora la epicrisis: EDUARDO ARIAS CADAVID, MEDICINA INTERNA, Registro 1152188722, el 25/10/2024 08:59

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 25/10/2024 09:06:30



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 22100618	
Paciente: RAQUEL RENDON LOPEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 16/02/1955	
Edad y género: 69 Años, Femenino	
Identificador único: 349208-1	Financiador: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

Página 1 de 3

HISTORIA CLÍNICA

INFORME DE EPICRISIS

INGRESO DEL PACIENTE

Servicio de Ingreso: URGENCIAS ADULTO

Fecha y hora de ingreso: 24/10/2024 03:40

Número de ingreso: 349208 - 1

Remitido de otra IPS: No Remitido

CLASIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL

Fuente de la información, motivo de consulta y enfermedad actual

Residente del municipio de sonson Separada. Ama de casa. Maria Betancourt Refiere que hace mas de 1.5 meses inicia con edema progresivo y dolor en miembro inferior izquierdo. Niega traumatismo, fiebre o episodios previos. Consulto a hospital local en donde realizan laboratorios sin evidencia de leucocitosis, sospecha TVP e inician manejo anticoagulante, remiten para continuar manejo por medicina interna. Laboratorios de remision (22/oct) creatinina 0.85. Tiempo de protrombina 11.2, INR 0.86, HLG leu 9080, neu 52, linf 38, plat 241000, hb 14, hcto 41. Ant. patológicos: neg. Quirúrgicos: cataratas julio-agosto/24. Farmacológicos: neg. Toxicológicos: exposicion cronica a humo de leña hasta hace 20 años. Alergicos: neg. Mucosa oral humeda. Torax simétrico, sin tirajes, pulmones bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen blando, no doloroso a la palpacion. Edema de todo el miembro inferior izquierdo, diámetros comparativos contralateral > 3 cm, sin cambios en la coloracion, llenado cap < 3 seg. Orientada, sigue ordenes, moviliza las 4 extremidades.

Revisión por sistemas:

Sistema neurológico: Normal.

Signos vitales

PA Sistólica (mmhg): 175, PA Diastólica (mmhg): 107, Presión arterial media (mmhg): 129, Frecuencia cardíaca (Lat/min): 85, Frecuencia respiratoria (Respi/min): 18, Temperatura (°C): 35.3, Peso (Kg): 68

Diagnósticos al ingreso

Diagnóstico principal

Código

I829

Descripción del diagnóstico

EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA

Estado

En Estudio

Otros diagnósticos de ingreso

Código

I10X

Descripción del diagnóstico

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Estado

Confirmado
Nuevo

Conducta

1. Hospitalizar (medicina interna).
2. Dieta hiposodica.
3. Oxígeno por canula nasal, titular para conseguir sato2 > 80%.
4. Enoxaparina 60 mg sc cada 12 horas.
5. Losartan 50 mg vo cada 12 horas.
6. HCTZ 25 mg vo cada día.
7. Eco doppler venoso de miembro inferior izquierdo.
8. Rx pa y lateral de torax.
9. Gases arteriales.
10. Oximetría de pulso cada 6 horas.
11. Curva termica cada 6 horas.
12. Acompañante permanente.

Responsable: NESTOR EDUARDO HERRERA ORTIZ, MEDICINA GENERAL, Registro 91521974, el 24/10/2024 04:15

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO

Descripción de exámenes

Resumen general de la estancia del paciente

Fecha: 24/10/2024 09:12

Evolución médica - MEDICINA INTERNA

Subjetivo:

Interconsulta medicina interna.

Objetivo:

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 25/10/2024 09:06:30



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 22100618	
Paciente: RAQUEL RENDON LOPEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 13/02/1955	
Edad y género: 69 Años, Femenino	
Identificador único: 249208-1	Financiador: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S

Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Fecha 24/10/2024

Nombre del paciente Raquel Rendon Lopez

Edad 69 Años

N° de documento de identidad 22100618

Con el propósito de garantizar una atención segura durante su estadía en la clínica Soma el personal cuenta y utiliza adecuadamente los elementos de protección personal y pone en práctica las medidas de bioseguridad recomendadas en los protocolos y procedimientos institucionales, las cuales están conformes con la evidencia científica y así disminuir los diferentes riesgos a los que está expuesto durante su proceso de atención.

El cuidado de enfermería implica la realización frecuente y continua de procedimientos ordenados por el médico, para el tratamiento y recuperación de la salud del paciente.

A continuación, se describen los procedimientos que posiblemente le realizarán:

Venopunción

Es un procedimiento mediante el cual se punciona un conducto sanguíneo del organismo (vena) con una finalidad terapéutica si se deja instalada un catéter o diagnóstica si es para toma de muestras.

Posibles riesgos: inflamación e infección en las venas punccionadas, hematomas (moretones), dolor.

Beneficios: Continuidad del tratamiento médico y recuperación del estado clínico.

Paso de sonda vesical

Maniobra de introducción de una sonda en una cavidad del organismo (uretra hasta la vejiga) con finalidad terapéutica si se deja instalada, o diagnóstica si es para toma de muestras.

Posibles riesgos: infección, trauma, dolor, sangrado y ardor.

Beneficios: Continuidad del tratamiento médico y recuperación del estado clínico.

Paso de sonda nasogástrica

Maniobra de introducción de una sonda en una cavidad del organismo (fosas nasales hasta el estómago) con finalidad terapéutica si se deja instalada, o diagnóstica si es para toma de muestras.

Posibles riesgos: trauma, dolor, sangrado tos, vómito, dificultad para respirar, cianosis (coloración azul), molestias para tragar o hablar.

Beneficios: Continuidad del tratamiento médico y recuperación del estado clínico.

Curaciones

Procedimiento encaminado a la remoción de partículas y secreciones de las heridas, facilitando la regeneración de tejidos y prevenir o disminuir el riesgo de infección del paciente.

Posibles riesgos: irritación de la piel y dolor.

Beneficios: Continuidad del tratamiento médico y recuperación del estado clínico.

Toma de muestras de laboratorio

Consiste en obtener muestras de líquidos, secreciones, fluidos y tejidos para su análisis, con el fin de identificar la causa o hacer seguimiento a las enfermedades.

Posibles riesgos: irritación de la piel y dolor incomodidad, sangrado, lesión de piel o tejidos, contaminación de la muestra, muestra insuficiente, pérdida o derrame de la muestra.

Beneficios: Definición del diagnóstico y recuperación del estado clínico.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 24/10/2024 04:10:39

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756460480200000458

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAQUEL

Apellidos: RENDON LOPEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22100618

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

20/01/2023

Última actualización ciudadano:

20/01/2023

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja - Sonsón

FECHA: 04 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Luz Janeth Loaiza Carmona C.C. 43.463.927

Luisa Fernanda Rendón Loaiza T.I. 1.015.302.137

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruliz Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

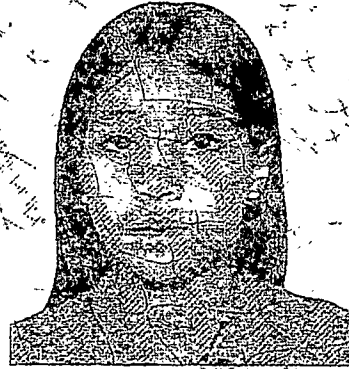
NUMERO **1.015.302.137**
RENDON LOAIZA

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Rendo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO
09-FEB-2025

FECHA DE VENCIMIENTO
02-FEB-2015 ARGELIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

09-FEB-2007

O+ **F**
G S RH SEXO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0103900-00727543-F-1015302137-20150731

0045500753A-1

43511446

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43463927

LOAIZA CARMONA
APELLIDOS

LUZ JANETH
NOMBRES

Luz Janeth Loaiza C.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1982

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49

ESTATURA

O+

G.S. RH

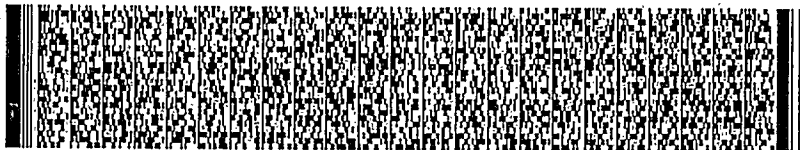
F

SEXO

07-NOV-2002 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0126200-14114002-F-0043463927-20030512

01420 03129A.01 125888792



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE AUTORIZACION: 27071142

FECHA: 2024-10-21

HORA: 07:15

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
CLINICA SAN JUAN DE DIOS LA CEJA				NI	890905154
Código	053780212501		Teléfono 1	6045352020	
Correo	cltas@clnicasanjuanededios.com		Teléfono 2		
Dirección					
Avenida San Juan de Dios La Ceja					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	LA CEJA	
DATOS DEL PACIENTE					
RENDON		LOAIZA		LUISA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		FERNANDA			
Tipo Documento De identificación	TI	Número documento de identificación	1015302137		Fecha de nacimiento
Dirección de Residencia Habitual		F QUEBRADA NEGRA			Teléfono
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	SONSON
Teléfono celular	3147450889	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugía General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	E882 - Lipomatosis no clasificada en otra parte	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
864103	1	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS			
Observación	ANEXO CON FECHA DEL 8/10/2024				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21624014		Fecha	2024-10-08	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0,00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			919	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
lgarcia (LISETH GARCIA RESTREPO)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Nit: 890.980.003-5				
	HISTORIA CLINICA DE: DERMATOLOGIA			Atencion:	25
				Fecha:	Sep.19/2024
Nombre:	RENDON LOAIZA LUISA FERNANDA	Edad:	17 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3147450889	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	1015302137	Id:	TI 1015302137		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	08:45		
Entidad:	PARTICULARES				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: MC; TIENE UNA BOLA EN LA ESPALDA

E A : EPTA DE 17 AÑOS CONSULTA POR LESION EN ESPALDA QUE INICIO HACE 6 MESES COMO UNA BOLITA DICE QUE LA LESION HA CRECIDO Y DUELE , DICE QUE LE HICIERON ECOGRAFIA PERO NO TRAE RESULTADO , RAZON POR LA CUAL CONSULTA .

RXS REFIERE CAIDA DE CABELLO DESDE HACE 9 MESES , NO HA HECHO TTOS

AP : NEG

AF NEG

QXCO NEG

ALERGICOS NEG

EF: BCG

ESCASAS PAPULAS ERITEMATOSAS EN AREA DE MEJILLAS .

ALOPECIA DE PREDOMINIO TEMPORALES Y PARIETAL , PULTEST NEGATIVO , NO ERITEMA , SI DESCAMACION .

EN AREA CERVICAL Y HCIA ESCAPULA IZQUIERDA MASA DE CONSISTENCIA BLANDA , MOVIL , NO ADHERIDA A PLANOS PROFUNDOS DE 7X8 CM .

DX : DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO

ACNE JUVENIL

LIPOMA TORAX POSTERIOR

PLAN : REMITO A CX GENERAL PARA EVALUACION Y MANEJO

DEJO SHAMPU DERCOS DS PARA LAVAR EL CABELLO 3V SEMANAL

DEJO PARA EL ACNE SEBIONEX K PARA APLICAR EN ESINPILLAS Y BARRITOS EN LA NOCHE 1 HORA ANTES DE ACOSTARSE

SE EXPLICA USO DE ANTISOLAR CADA 4H AREAS FOTOEXPUESTAS .

Antecedentes:

Personales: OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE MADRE

Familiares: OTRAS ENFERMEDADES: MADRE NIEGA LOS ANTERIORES ITEMS

Psico-Sociales: OTROS: NO REFIERE MADRE

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren D1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Sep.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrua: , Fecha ultima citologia: Sep.00/0000, Proxima citologia: Sep.00/0000, Resultado de la citologia: , Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruacion: Sep.00/0000, Fecha de parto: Sep.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Examen Fisico:

Concepto Medico: DX : DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO

ACNE JUVENIL

LIPOMA TORAX POSTERIOR

PLAN : REMITO A CX GENERAL PARA EVALUACION Y MANEJO

DEJO SHAMPU DERCOS DS PARA LAVAR EL CABELLO 3V SEMANAL

DEJO PARA EL ACNE SEBIONEX K PARA APLICAR EN ESINPILLAS Y BARRITOS EN LA NOCHE 1 HORA ANTES DE ACOSTARSE

SE EXPLICA USO DE ANTISOLAR CADA 4H AREAS FOTOEXPUESTAS .

Diagnostico: Dx.Principal: E882-LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE, Dx.Relacionado1: L700-ACNE VULGAR, Dx.Relacionado2: L219-DERMATITIS SEBORREICA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA

Pagina: 1 de 2 Imprime: VRM	Medico:USUGA ARCILA YURY ALEXANDER	Firma 
Fecha Sistema:19/09/2024 Hora:16:00:50	Cedula: 98.534.704 Registro:	

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Nit: 890.980.003-5					
	HISTORIA CLINICA DE: DERMATOLOGIA				Atencion: 25	
					Fecha: Sep.19/2024	
Nombre:	RENDON LOAIZA LUISA FERNANDA		Edad:	17 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3147450889		Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	1015302137		Id:	TI 1015302137		
Estado Civil:	SOLTERO		Hora Ate:	08:45		
Entidad:	PARTICULARES					

** , Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: MAMA, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: SI, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 283812 - Sep.19/2024

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA GENERAL,Cantidad: 1

Pagina: 2 de 2 Imprime: VRM	Medico:USUGA ARCILA YURY ALEXANDER	Firma 
Fecha Sistema:19/09/2024 Hora:16:00:50	Cedula: 98.534.704 Registro:	



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolución 003047 14 AGO 2008



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME: W93 283814 Fecha: Sep.19/2024 Hora: 15:57

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
Código:	057560239401	Nit:	890.980.003-5
Dirección:	CALLE 16 No 7-151		
Teléfono:	8695050	Fax:	8695050
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	SONSON	Código:	756
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	RENDON	2do. Apellido:	LOAIZA
1er Nombre:	LUISA	2do. Nombre:	FERNANDA
Tipo de Documento:	TARJETA DE IDENTIDAD	No. Documento	1.015.302.137
Fecha de Nacimiento:	Feb.09/2007	Edad:	17 Años
		Sexo:	FEMENINO
Dirección Residencia:	GUAYAQUIL RIOVERDE MONTES	Teléfono:	3147450889
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	SONSON	Código:	756
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-0		

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA	Servicio:	MEDICA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Manejo Integral Según Guía:			

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	890235	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA GENERAL

Justificación Clínica: MC; TIENE UNA BOLA EN LA ESPALDA

E A : EPTÉ DE 17 AÑOS CONSULTA POR LESION EN ESPALDA QUE INICIO HACE 6 MESES COMO UNA BOLITA DICE QUE LA LESION HA CRECIDO Y DUELE , DICE QUE LE HICIERON ECOGRAFIA PERO NO TRAE RESULTADO , RAZON POR LA CUAL CONSULTA .

RXS REFIERE CAIDA DE CABELLO DESDE HACE 9 MESES , NO HA HECHO TTOS

AP : NEG

AF NEG

QXCO NEG

ALERGICOS NEG

EF: BCG

ESCASAS PAPULAS ERITEMATOSAS EN AREA DE MEJILLAS .

ALOPECIA DE PREDOMINIO TEMPORALES Y PARIETAL , PULTEST NEGATIVO , NO ERITEMA , SI DESCAMACION .

EN AREA CERVICAL Y HCIA ESCAAPULA IZQUIERDA MASA DE CONSISTENCIA BLANDA , MOVIL , NO ADHERIDA A PLANOS PROFUNDOS DE 7X8 CM .

DX : DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO

ACNE JUVENIL

LIPOMA TORAX POSTERIOR

PLAN : REMITO A CX GENERAL PARA EVALUACION Y MANEJO

DEJO SHAMPU DERCOS DS PARA LAVAR EL CABELLO 3V SEMANAL

DEJO PARA EL ACNE SEBIONEX K PARA APLICAR EN ESINPILLAS Y BARRITOS EN LA NOCHE 1 HORA ANTES DE ACOSTARSE

SE EXPLICA USO DE ANTISOLAR CADA 4H AREAS FOTOEXPUSTAS .

Diagnostico principal:	LIPOMATOSIS, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	Código CIE10:	E882
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	RINCON MARIN VALENTINA	Teléfono:	8695050
Registro Medico:		Teléfono Celular:	

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756007481800000333

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUISA FERNANDA

Apellidos: RENDON LOAIZA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1015302137

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/12/2018

Última actualización ciudadano:

03/06/2022

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

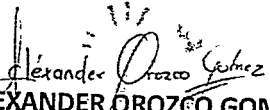
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja- Sonsón

FECHA: 05 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Néstor Darío Ospina Orozco C.C. 70.721.870

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfonos: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.721.870

OSPINA OROZCO

APELLIDOS

NESTOR DARIO

NOMBRES

NESTOR DARIO OSPINA OROZCO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1954

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

07-JUN-1979 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0126200-00020903-M-0070721870-20080708

0000858328A 1

2670000309



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME: W93
297247

Fecha: Ene.13/2025 Hora: 16:50

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
Código:	057560239401	Nit:	890.980.003-5
Dirección:	CALLE 16 No 7-151		
Teléfono:	8695050	Fax:	8695050
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	SONSON	Código:	756
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	Código:	EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	OSPINA	2do. Apellido:	OROZCO	
1er Nombre:	NESTOR	2do. Nombre:	DARIO	
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	70.721.870	
Fecha de Nacimiento:	Ene.24/1954	Edad:	70 Años	
Dirección Residencia:	CLLE 18 7 26Sonson BUENOS AIRES		Sexo:	MASCULINO
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05	
Municipio:	SONSON	Código:	756	
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1			
		Teléfono:	3207819856	

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA	Servicio:	MEDICA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Manejo Integral Según Guía:			

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	90276	1	CONSULTA ESPECIALIZADA POR OFTALMOLOGIA

Justificación Clínica: paciente masculino de 49 años, quien acude a consulta por caída el día 31/12/2024, al estar en estado de ebriedad y se golpea en zona cigomática izquierda, ahora con equimosis, edema, niega pérdida de la visión, niega otros síntomas asociados, al examen físico Cabeza se encuentra edema y equimosis en zona cigomática izquierda, no se palpan fracturas, no disminuye ni limita visión, no se palpan masas en cuero cabelludo o cráneo, se da manejo sintomático y se solicita RX para descartar fractura, se dan signos de alarma, recomendaciones, se explica a paciente quien refiere entender y aceptar.

Diagnostico principal:	ULCERA DE LA CORNEA	Código CIE10:	H160
Diagnostico relacionado 1:	DOLOR, NO ESPECIFICADO	Código CIE10:	R529
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	MEDICO INTERNO 3	Teléfono:	8695050
Registro Medico:		Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL		

Firma



70721870- NESTOR DARIO OSPINA

29/01/2025

MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE ASISTE A CONSULTA POR URGENCIAS REPORTANDO QUE TUVO UN ACCIDENTE TRAUMATICO EN EL OJO DERECHO CON LA MANO EL 24 DE DICIEMBRE, TIENE LAGRIMEO EXCESIVO, OJO ROJO, ARDOR OCULAR Y SECRECION MUCOPURULENTO.

ANTECEDENTES PERSONALES: GASTRITIS.

ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: OMEPRAZOL.

ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFIERE.

ULTIMO CONTROL OPTOMETRIA: PRIMERA VEZ DE OPTOMETRIA.

AV CC VL OD 20/400 OI 20/60

AV CC VP OD NO TITULO OI NO TITULO M A 40 CMS

BIOMICROSCOPIA

PARPADOS: OD: PARPADOS CON BORDES IRREGULARES Y BUENA PRESENCIA DE PESTAÑAS, EDEMA PALPEBRAL SUPERIOR E INFERIOR GRADO 2, SECRECION MUCOPURULENTO EN PESTAÑAS, OI: PARPADOS CON BORDES IRREGULARES Y BUENA PRESENCIA DE PESTAÑAS, EDEMA PALPEBRAL SUPERIOR E INFERIOR GRADO 2, SECRECION MUCOPURULENTO EN PESTAÑAS.

PUPILA: NORMOREACTIVAS AO.

CORNEA: OD: CORNEA OPACIFICADA EN LOS 360 GRADOS VASCULARIZADA, TINCION CORNEAL POSITIVA QUERATITIS PUNTEADA EN LOS 360 GRADOS. OI: TINCION CORNEAL POSITIVA QUERATITIS PUNTEADA ENTRE LAS 6 Y LAS 8 HORAS EN EL SENTIDO DEL RELOJ.

CRISTALINO: OD: CATARATA NUCLEAR SENIL, OI: CATARATA NUCLEAR SENIL.

CONJUNTIVA: OD: HIPEREMIA CONJUNTIVAL BULBAR Y TARSAL GRADO 4, OI: HIPEREMIA BULBAR Y TARSAL GRADO 2.

FONDO DE SACO: SIN ALTERACION EN AO

REFLEJO FOTOMOTOR IMPRACTICABLE.

VISION DOBLE: NO

FONDO DE OJO:

OD: DIFUSO POR OPACIDAD EN MEDIOS REFRINGENTES (CORNEA Y CRISTALINO).

OI: DIFUSO POR OPACIDAD EN MEDIOS REFRINGENTES (CRISTALINO).

DX:

OD: LEUCAMA CORNEAL, QUERATITIS PUNTEADA. **OI:** QUERATITIS PUNTEADA, CATARATA NUCLEAR SENIL.

CONDUCTA:

1. SE RECOMIENDA ASISTIR A CONSULTA DE OFTALMOLOGIA DE MANERA URGENTE PARA PREVENIR LA ESTABILIDAD DE LA SALUD VISUAL Y OCULAR DEL PACIENTE.

Profesional:

SANDRA MILENA DUQUE LUNA

Firma

Fecha de consulta:

Ficha:

Registro válido

03/04/2025

05756017680300001976

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NESTOR DARIO

Apellidos: OSPINA OROZCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 70721870

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/02/2025

Última actualización ciudadano:

17/02/2025

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Calle 7 No 10 - 22

3146412395

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

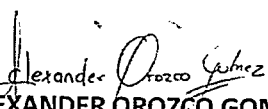
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín- Sonsón

FECHA: 07 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Valentina Henao Gallego C.C.1.047.966.482

Alanna Paulette Ortiz Henao NUIP. 1.033.343.536

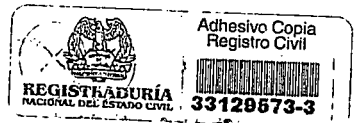
OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfonos: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



61546735

NUIP 1.033.343.536

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61546735
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A Y M
REGISTRADURÍA DE AMAGA - COLUMBIA - ANTIOQUIA - AMAGA						

Datos del inscrito

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
ORTIZ		HENA	
Nombre(s)			
ALANNA PAULETTE			
Fecha de nacimiento			
Año	Mes	Día	Sexo (en letras)
2024	ABR	25	FEMENINO
Grupo sanguíneo		Factor RH	
0		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN			

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
24046310948582

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	
HENAO CALLEGO VALENTINA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.047.966.482	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	
ORTIZ ALVAREZ ANDRES FELIPE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.033.343.300	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
HENAO CALLEGO VALENTINA	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
TI 1.047.966.482	valentina Henao 6

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2024 Mes MAY Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NATALIA ANDREA OCHOA ORTEGA - REG
Natalia A. Ochoa

Reconocimiento paterno

Andres Ortiz

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Natalia A. Ochoa O

08.MAY.2024 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS
LIBRO VARIOS TOMO 4 FOLIO 123

Natalia A. Ochoa O

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA



Libertad y Orden

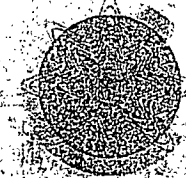
REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



ARCILLA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA REGISTRADURÍA

PRIMERA VEZ CC
1.047.966.482



APELLIDOS / NOMBRES

HENAO GALLEGO
VALENTINA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

13-DIC-2006

SONSCN - ANTIOQUIA

FECHA DE EXPEDICIÓN

23-DIC-2024

SEXO

FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

SONSON - SONSON

OFICINA DE ENTREGA

SONSON - SONSON

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO
HASTA EL 23-JUN-2025

8513960892
23-DIC-2024

RECUERDE POR FAVOR

Asistir cumplidamente a la cita.

Ser puntual en la entrega de muestras al laboratorio.

Si no puede asistir a la cita, cáncélela con dos días de anticipación.

Tenga en cuenta que una cita a la que usted deja de asistir, perjudica a las personas que necesitan el servicio y entorpece el funcionamiento de la consulta.

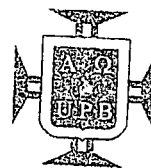
Solo wpp

305313 3963

Calle 78 B No. 72 A - 109 (Robledo)

Conmutador: 445 59 00

Medellín - Colombia



Universidad
Pontificia
Bolivariana

CLÍNICA UNIVERSITARIA®



CARNET DE CITAS

Historia No. 962774

Nombres Alanna Paul

Apellidos Ortiz Henao

IDENTIFICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación:	RC 1033343536
Paciente:	ALANNA PAULETTE ORTIZ HENAO
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	25/04/2024
Edad y género:	7 Meses, Femenino
Identificador único:	962774
Financiador:	NUEVA EPS

HISTORIA CLÍNICA

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 06/12/2024 09:54 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA

Consulta médica - Tratante - PATOLOGIA INFECCIOSA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Control
Causa externa: OTRA

Finalidad: NO APLICA

ANAMNESIS

Motivo de consulta: Alanna Ortiz
7 meses de edad
Viene en compañía de su madre
Residente en Sonson
Viene en compañía de su madre

Paciente de 7 meses conocida con antecedente de exposición perinatal a toxoplasmosis. Madre con toxoplasmosis gestacional quien recibió espiramicina desde las 14 sem hasta el parto. Madre con serologías toxo IgM 23/11/23 positiva, test de avidéz baja, toxo IgM e IgG positivos 22/12/24. Ecos gestacionales normales excepto con bajo peso. Nace RNPT 37 sem con PGEI con toxo IgM e IgG positivas, eco cerebral y retina normales. Se inicia tratamiento para toxo congénita con pirimetamina y sulfadiazina, pero posteriormente la EPS no le ha autorizado los medicamentos por lo cual se cambia a TMP el cual recibe por 1 mes.

Antecedentes personales:

Perinatales: Madre de 27 años con parto en C. del Prado, peso 2117g hospitalizada por 8 días
Medicamentos: Recibió TMP 10mg/kg/día cada 12 horas x 1 semana
Tto actual: Ac folínico 5mg/ml 1 ml 3 veces a la semana
Pirimetamina 2mg/ml 1. 5 ml cada 24 horas + Sulfadiazina 100 mg/ml 1. 5 ml cada 12 horas
Vacunación PAI completo hasta los 2 meses
Vive con los padres sanos, En Sonson

Enfermedad actual: Datos del parto
C del prado, PVE, peso 2177g, talla 43 cm, Apgar 9/10 con RCIU, hospitalizada por 8 días

Paraclínicos

2/12/24 Toxo IgG 23. 4 UI/ml positivo en descenso
HLG leuc 5700, N8. 7%, Hb 11. 1 plaquetas 359000
ALT 33. 4, AST 70
23/09/24: Toxo IgG 95. 7 UI/ml positivo en descenso, IgM 0. 03 negativa
AST 76, 9, ALT 59. 4
18/07/24 toxo IgG 1000 positiva, IgM 0. 06 EIA, IgA 1. 0 negativas
23/05/24: Hb 13
21/05/24: Toxo IgG 500 positivo - IgM 0. 02 negativa
26/04/24 Tamizaje auditivo paso bilateral
26/04/2024 Eco cerebral normal
23/05/24 Retina normal
26/11/24 Retina normal

EXAMEN FÍSICO

Peso(Kg): 5. 2
Peso para la edad: -3. 37

Examen Físico:

Cabeza
Cráneo : Normal
Cara : Normal
Ojos : Normal
Oídos : Normal
Nariz : Normal
Reflejo Rojo : Normal
Cuello
Otra Región Cuello : Normal
Firmado electrónicamente

RESERVA DE CITAS
MEDELLÍN

CITA Nro. 1863734-1

Fecha Doc.: 2024/12/06

Calle 72 A No. 78B-50

4455978 PBX 4455910

Paciente: ALANNA PAULETTE ORTIZ HENAO

Id.: RC - 1033343536

Teléfono: 3114854779

Carné: 1033343536

Responsable: NUEVA EPS

- NUEVA EPS

Plan:

Tipo de Usuario: BENEFICIARIO-EPS

Nivel Soc.: RANGO1

Couta Moderadora: .00

DATOS DE LA CITA:

Tipo de Cita: Control

Especialidad: INFECTOLOGIA PEDIATRICA

Médico: 3376

MONICA ROSA TRUJILLO HONEYSBERG

Consultorio: 11

Ubicación: 20 CONSULTA EXTERNA

Fecha Cita: Viernes 7 de Febrero de 2025

Hora Cita: 9:00 a.m.

Duración: 30 minutos

Código	Tipo de Servicio Prestado	Valor Unitario	Cant.	Total
890302	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO OTRAS ESP	.00	1	.00

Observaciones:

Fecha: 2024/12/06

Hora: 10:31:40

Usuario: mjaramilh

Período: 2015/12

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756017680300001283

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALANNA PAULETTE

Apellidos: ORTIZ HENAO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1033343536

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

26/10/2018

Última actualización ciudadano:

04/06/2024

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSON
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja

FECHA: 14 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Adriana María Arango Loaiza C.C. 43.463.665

Samuel Restrepo Arango T.I. 1.015.078.542

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.015.078.542**
RESTREPO ARANGO

APELLIDOS
SAMUEL

NOMBRES

Samuel R

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-2014**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

19-JUN-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

18-AGO-2021 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+

G S RH

M

SEXO

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VELAZQUEZ



P-0100150-01251630-M-1015078542-20210824

0075405187A 1

8502682668

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 43463665
 NUMERO
 ARANGO LOAIZA
 APELLIDOS
 ADRIANA MARIA
 NOMBRES
 Adriana Maria Arango
 DE
 CIA
 REPUBLICA



Handwritten signature: *Adriana Arango*

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1984
 ARGELIA
 (ANTIOQUIA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.57 A- F
 ESTATURA G S RI SEXO
 20-MAR-2002 SONSON
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
 REGISTADOR NACIONAL
 WILSON ESCOBAR

MOJUE DERECHO




P-0126200-14103358-F-0043463665-20020620 05420 02171A 01 125881243

ORDEN DE COBRO

IPS Genera: IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON-MEDELLIN

Orden No.: 2818-1033302

Fecha de Expedición: 2025/01/30

Hora: 10:25:12

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Evento: AMBULATORIO ELECTIVO

Recobro: NO APLICA

EPS

SURA



(91)002818000103330200008(92)008000001015078542(93)20250927

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

TI 1015078542

SAMUEL RESTREPO ARANGO

BENEFICIARIO

Edad: 10 años

Fecha N: 2014/06/19

Semanas Cotizadas: 279

Plan: POS

IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Tel: 5582164

Tel Contacto: 6046000000

Celular: 3148082964

Correo: adrisamu719@gmail.com

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

GRUPO ANTIOQUEÑO NEUROLOGIA PEDIATRICA

NIT 900460371

CH: 056311208802

Dirección: CR 48 A # 61 SUR - 75 TORR 2 LCAL 303

Datos de Contacto: 6044489049 - 57444 89049 - CITAS@CENPI.COM.CO

INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: A

Tipo de Cobro: COPAGO

Porcentaje de Copago: 11.5%

Valor:

Tope Maximo: 356,548

Responsable del Recaudo: FISICAMENTE EN EL PRESTADOR

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Código CUPS	Código SURACUPS	Código Tarifario	Procedimientos Autorizados	Código Diagnóstico	Cantidad
944301	9443010	9443010	REHABILITACION NEUROPSICOLOGICA COGNITIVA SESION	F381	5

OBSERVACIONES

SEÑOR PRESTADOR PARA PODER REALIZAR EL COBRO DE ESTA ORDEN, DEBE INGRESAR LA FECHA DE ATENCIÓN, ESTO PUEDE SER A TRAVES DE SALUDWEB O DE NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 604 448 6115 EN MEDELLÍN O EN EL RESTO DEL PAÍS 018000 519 519.

ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO HASTA 2025/09/27. UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A..

Válido correo electrónico

LEYDGOAG

Firma Médico - Institución

Firma Afiliado

Firma Responsable y Sello Cód.

Número Identificación Afiliado

COMUNICACIONES

Recordatorio cita presencial
SAMUEL RESTREPO ARANGO,

Fecha cita: 07-02-2025
Hora cita: 13:00

Dirección: Cra. 55a # 35 –
227, Rionegro, Antioquia,
City Médica, Torre 1, piso
2, consultorio 208

Profesional: Adriana
Patricia Gómez Gómez
Especialidad:
REHABILITACIÓN NPS
CONTROL

Agregar al calendario

Cuando

viernes 14 feb 2025 · 1pm – 1:30pm (Hora
estándar de Colombia)

Ubicación

Cenpi Rionegro

[Ver mapa](#)

Organizador

Adriana Patricia Gómez Gómez
adrianagomez@cenpi.com.co

Invitados

adrisamu719@gmail.com

[Ver información de todos los invitados](#)

Responder por adrisamu719@gmail.com

SI No Tal vez

Más opciones

Invitación de un

remite desconocido:

Presencial-SAMUEL

RESTREPO ARANGO vie 14

feb 2025 1pm – 1:30pm (COT)

(adrisamu719@gmail.com)

Recibidos

vie, 14 de feb · 1:00 p. m. –
1:30 p. m.

Presencial-SAMUEL

RESTREPO

ARANGO



Cenpi Rionegro



Organizador: adrianagomez@cenpi.com.co



En tu Calendario de Google

No hay más eventos en esta fecha



8:28 a. m. @ 79%

8:30 a. m. @ 79%

8:29 a. m. @ 79%

8:29 a. m. @ 79%

	CONSULTORIO NEUROPSICOLOGÍA HISTORIA CLINICA NEUROPSICOLOGIA	
FECHA ATENCIÓN: 2024-02-01 11:23:02 - NUM. HISTORIA: 1015078542		
ADMISIÓN		
MOTIVO DE CONSULTA (15) OTRA	FINALIDAD (10) NO APLICA	NÚMERO DE AUTORIZACION 932-1141151000
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE: SAMUEL RESTREPO ARANGO	IDENTIFICACIÓN: TI 1015078542	FECHA DE NACIMIENTO: 2014-06-19
EDAD: 9 Años	SEXO: MASCULINO	ESTADO CIVIL: SOLTERO
RH:	TELÉFONO: 3148082964	DIRECCIÓN:
ENTIDAD: EPS SURA CONTRIBUTIVO	ESCOLARIDAD:	REGIMEN: CONTRIBUTIVO
TIPO DE CONSULTA ABORDAJE POR NEUROPSICOLOGÍA [8902089]		
MOTIVO DE CONSULTA Paciente canalizado al servicio de neuropsicología por psiquiatría de su EPS para determinar la pertinencia de evaluación neuropsicológica. Los datos de la entrevista fueron proporcionados por su madre "El tiene problemas de comportamiento"		
HISTORIA DE LA CONDICIÓN ACTUAL Acudiente del menor refiere presencia de dificultades comportamentales y cognitivas dadas por incapacidad para seguir instrucciones, conducta motora aumentada, incapacidad para permanecer en las actividades, alta distractibilidad, es desafiante, irritable, en ocasiones agresivo. se frustra con facilidad. En la actualidad el menor se encuentra cursando grado 4°, en el salón de clase se identifican dificultades para permanecer en actividades, se atrasa, se distrae y no termina las actividades que se le proponen. Durante las clases interrumpe, habla a los compañeros, juega, cambia de actividades constantemente, requiere cambios posturales, procura por evitar las actividades que le suponen esfuerzo mental sostenido. Pese a lo anterior, su desempeño académico es medio-bajo y requiere de acompañamiento externo permanente como regulador. A nivel comportamental, se describen marcadas dificultades para seguimiento de instrucciones, no acata la norma, se frustra, llora, es impulsivo, desafiante, no mide consecuencias. Su proceso de socialización esta mediado por su irritabilidad/agresividad No ha sido evaluado por neuropsicología.		
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES Historias de patologías previas: dermatitis atópica, Alergias tópicas Cx: reimplante ureterovesical Medicamentos: risperidona (no lo está tomando) Antecedentes familiares: niega		
DATOS EVOLUTIVOS No aporta fechas, describen que los hitos del desarrollo se dieron en tiempo y forma.		
AREA SOCIAL Y FUNCIONALIDAD		
RESULTADOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS		RESULTADOS DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS
RESULTADO DE PARACLÍNICOS		
DESCRIPCIÓN DE ANÁLISIS DE VALORACIÓN Paciente con dificultades atencionales y comportamentales que requieren de la aplicación de prueba neuropsicológica para caracterización de perfil cognitivo y plan desde esta área.		
PLAN ADMINISTRACIÓN APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) - CANTIDAD 5 CÓDIGO 940701		
RECOMENDACIONES:		
DIAGNOSTICO PPAL F913 - TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE		

[Firma]



CONCEPTO POR NEUROPSICOLOGÍA
REMISIÓN

NUM.HISTORIA 1015078542 FECHA: 2024-02-01 11:07:52

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SAMUEL RESTREPO ARANGO	ID: TI 1015078542	FECHA DE NACIMIENTO: 2014-06-19
EDAD: 9 Años 7 Meses 18 Días	GENERO: MASCULINO	ESTADO CIVIL: SOLTERO
TEL: 3148082964	DIRECCIÓN:	LUGAR DE RESIDENCIA: SONSON (ANTIOQUIA)
ENTIDAD: EPS SURA CONTRIBUTIVO	TIPO DE USUARIO: CONTRIBUTIVO	ARL:

Paciente atendido en concepto por neuropsicología. Requiere:

ADMINISTRACIÓN APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) - CANTIDAD 5 CÓDIGO 940701

Monica Gómez Botero

Profesional: MONICA GÓMEZ BOTERO
CC: 43787438
Esp: NEUROPSICÓLOGA
RM: 5-096702

Calle 2 sur # 46-108. Torre Médica Salud Vegas, consultorio 1610. Celular 3054261764.
Correo electrónico: monicagomezneuropsicologia@gmail.com.
Medellín - Antioquia

22/2/24, 09:19

SISTEMA PARA IPS

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: SAMUEL RESTREPO ARANGO

Ocupación: No disponible

Afilación: BENEFICIARIOS

Raza: No Disponible

Teléfono (1): 6045582164

Condición: No Disponible

Identificación: TI 1015078542

Sexo: Masculino

Teléfono (2): 3148082964

Nivel Socioeconómico: No Disponible

Edad: 9 Años

Plan: POS

Servicio: CONSULTA NEUROLOGO INFANTIL

IPS Atiende: CENTRO DE ESPECIALISTAS

Orden: 10066923500

Fecha: 2024/02/22 09:06

Tipo Consulta: No Disponible

Estado: SIN FINALIZAR

Responsable: No disponible

Acompañante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: NO

MC: Acompañante: - Adriana maria Arango la mamá

EA: Paciente con cuadro de TDAH mixto

Madre no ha iniciado

Risperidona Ella no quiere manejo Farmacológico Y ella primero quiere una prueba antes de iniciar y tomar decisiones Ap: Reinplante Vesicouretral

Dermatitis atopica Alergias niegan AF: nHipercolesterolemia Actualmente esta en cuarto en colegio va bien pero se atrasa hay quejas en colegio por

comportamiento - No signos cerebelosos. Patrón de movilidad de cuello es normal. No rigidez nuchal y no signos meníngeos Hace contacto y seguimiento visual. Tiene

un patrón de movilidad bien modulado fuerza muscular 5/5 Normoreflexico 2+/4+ simétrico bilateral Marcha normal. NO hay Rossolimo - No Babinski

medicación Seguir control con Terapia Conductual/Cognitivo - Control neuropsicología para rehabilitación de TDAH - Psiquiatría ya valora y da

diagnostico igualmente con TDAH mixto. Consideran que se beneficia de realización de pruebas neuropsicológicas, Inicio Risperidona en dosis

bajas, difiero el inicio de estimulante hasta resultado de pruebas. - Por nuestra parte control con neuropsicología en 6 meses NO debe seguir con

Psiquiatría por ahora en nuestro concepto

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico

: Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no

evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : no evaluado Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Físico : no evaluado Piel y

Faneras : no evaluado

Dx: F900 PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN. Confirmado repetido

F901 TRASTORNO HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA. Confirmado repetido

Profesional: JOHNNY ANDRES LOPEZ GARCIA

CC 9872004

Registro: 0263/06

1785422004F240222110150987

Antecedentes FamiliaresAntecedentes PersonalesAntecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:

Contrarremisión

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756982881500000562

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SAMUEL

Apellidos: RESTREPO ARANGO

Tipo de documento: Tarjeta de Identidad

Número de documento: 1015078542

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/02/2022

Última actualización ciudadano:

12/02/2022

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha, utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja- Sonsón

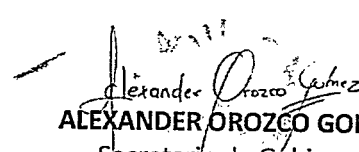
FECHA: 16 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Diana Marcela Arango 1.047.969.635

Emily García Arango NUIP. 1.047.974.474

Luis Adrián García Zambrano C.E. 27.462.118

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61542579
Serial

NUIP

1.047.974.474

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

C Z B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURÍA DE SONSON - COLOMBIA - ANTIOQUIA - SONSON

Datos del inscrito

Primer Apellido

GARCIA

Segundo Apellido

ARANGO

Nombre(s)

EMILY

Fecha de nacimiento

Año

2024

Mes

MAR

Día

15

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

Factor RH

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

POSITIVO

COLOMBIA ANTIOQUIA LA CEJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

24031610899494

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARANGO MARTINEZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.047.969.635

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GARCIA ZAMBRANO LUIS ADRIAN

Documento de identificación (Clase y número)

DE 27462118

Nacionalidad

VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARANGO MARTINEZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.047.969.635

Firma

Diana Marcela Arango

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año

2024

Mes

MAR

Día

19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SORAYA CALDERON BLANCO - REGISTRADORA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Luis A. Garcia Z.

Firma

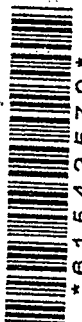
Soraya Calderon B.

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

19.MAR.2024 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 11 FOLIO 244.
DEL 12 DE JULIO DE 2010.

ART. 118 LEY 1395
Soraya Calderon B.



* 61542579 *



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.969.635

ARANGO MARTINEZ

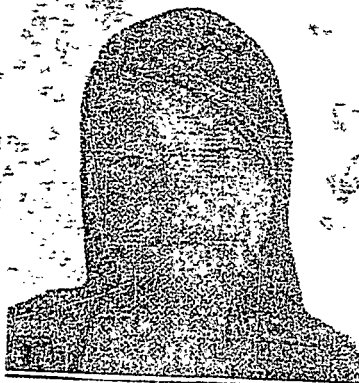
APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Marcela

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1993

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

02-MAY-2011 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

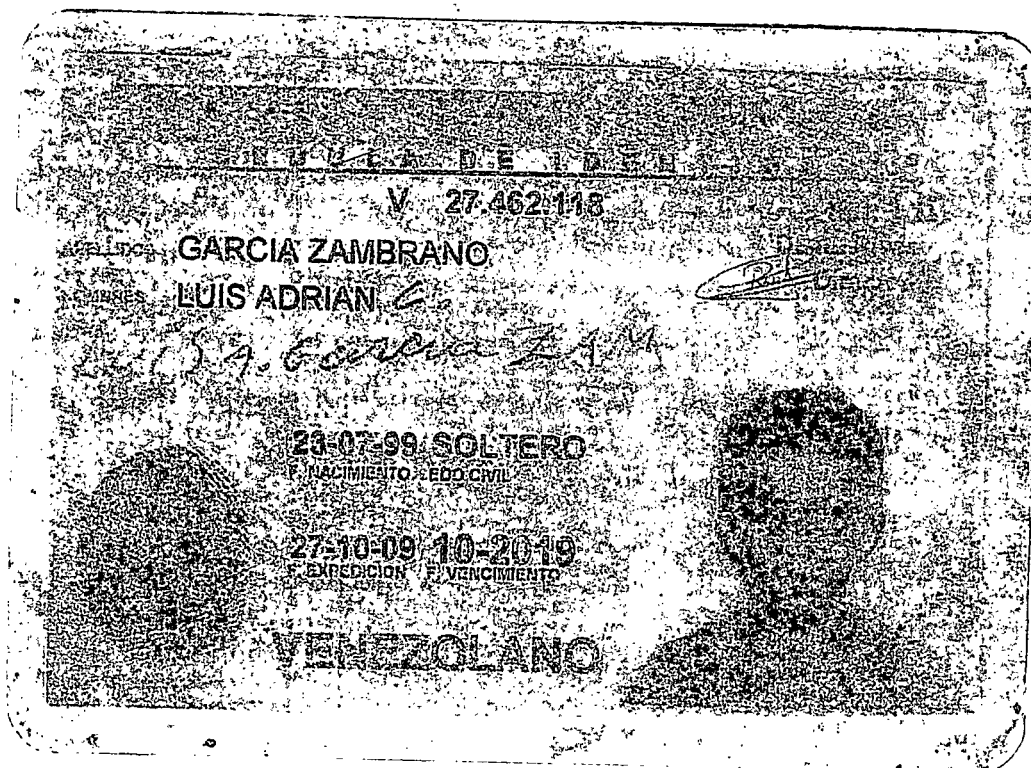
INDICE DERECHO



P-0126200-00316801-F-1047969635-20110726

0027567504A 1

35508970



CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

V 27.462.118

APPELLIDO GARCIA ZAMBRANO

NOMBRES LUIS ADRIAN

Luis A. Garcia Zambrano

23-07-99 SOLTERO

F. NACIMIENTO EDO. CIVIL

27-10-09 10-2019

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud	2408126087	Fecha y hora	12/08/2024 12:46:25 p. m.
Información del Prestador:(Solicitante)			
Nombre:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO		Nit:890907254-7
Codigo:	0561501376	Telefono:	5313700
Direccion:	CARRERA 48 No 56-59		
Departamento:	ANTIOQUIA		
Municipio:	RIONEGRO	Codigo	05
Entidad a la que se le Solicita(Pagador)	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Codigo	615
		Codigo	EPSS40
Datos del Paciente			
GARCIA		ARANGO	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
EMILY			
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento	Registro Civil	Numero de Documento de Identificacion	1047974474
Fecha de Nacimiento	15/03/2024 9:42:18 a. m.	Telefono	3137916298
Direccion	SONSON		
Departamento	ANTIOQUIA		
Municipio	SONSON	Codigo	05
Cobertura en Salud	Subsidiado	Codigo	756
Informe de la Atención y Servicios Solicitados			
Origen de la Atención	Enfermedad General Adulto	Tipo de Servicio Solicitado	PosteriorInicialUrgencia
Prioridad de la Atención	Prioritaria		
Ubicacion del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización		Urgencias	
Servicio	CONSULTA EXTERNA ORTOPIEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	Carua	
Manejo Integral Segun Guia			
Codigo Cups	Cantidad	Descripcion	
935308	1	MANIPULACION Y APLICACION DE YESO PARA MALFORMACION CONGENITA DE PIE	
873412	1	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	
890381	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	
Justificación Clínica			
pie der con aductus y equino , con rodillas y cadsrs con arco de movimineto completo, sin dolor se requierecambiode yeso en 15 dias			
Impresión Diagnostica			
Diagnostico Principal	Q660	TALIPES EQUINOVARUS	
Diagnostico relacionado1			
Diagnostico Relacionado2			
Informacion de la Persona que Solicita			
Nombre de quien Solicita	JUAN CARLOS ARANGO GOMEZ		
Telefono Fijo		Telefono Celular	
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext
Cargo o Actividad	MEDICO ORTOPELISTA - TRAUMATOL		
Médico que Solicita:	71745328 - JUAN CARLOS ARANGO GOMEZ		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y Documento Identificación:	RegistroCivíl 1047974474
Nombre Paciente:	EMILY GARCIA ARANGO
Fecha Nacimiento:	15/marzo/2024
Edad y género:	0 Años / 4 Meses / 28 Días, Femenino
Sede:	SEDE JORGE HUMBERTO GONZALEZ NOREÑA
Servicio que brinda atención:	Consulta_Externa
Cama:	
Servicio:	
DATOS DE AFILIACIÓN	
Responsable:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.
Régimen:	Regimen_Simplificado
Tipo de Usuario:	Ninguno
Nivel de Afiliación:	SUBSIDIADO NIVEL 1
Plan de beneficios:	ALIANZA MEDELLIN EPS SUBSIDIADO EVENTO 2DO NIVEL

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION CONSULTA EXTERNA

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica

FOLIO N° 2

(Fecha: 12/08/2024 12:43 p.m.)

Teléfono

Resp:

N° Ingreso: 254156

Fecha: 12/08/2024 9:39:58 a. m.

Causa

Enfermedad_General

Externa:

Evolución Médica

Subjetivo: paciente con deformidad de pie der

Objetivo: pie der con aductus y equino ; con rodillas y cadsrs con arco de movimineto completo, sin dolor

Signos Vitales

[Tension Arterial Sistolica (mm Hg): 80

Frecuencia Cardiaca (x min): 100

[Peso (Kg): 6

[Tension Arterial Distolica (mm Hg): 40

Frecuencia Respiratoria (x min): 24

[Tension Arterial Media (mm Hg): 53,0

Temperatura (°C): 37

Saturación O2%: 100,0

Escala Del Dolor: 0

Exámen Físico

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMOCÉFALO

MUCOSA ORAL HUMEDA

ESCLERAS NORMOCROMICAS

PUPILAS ISOCORIGAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ

MUCOSAS ROSADAS

TÓRAX: SIMETRICO Y EXPANSIBLE

NO DEFORMIDAD

NO TIRAJES

GENITOURINARIO: NO EXPLORADOS

DORSO-EXTREMIDADES: pie der con aductus y equino ; con rodillas y

cadsrs con arco de movimineto completo, sin dolor

PIEL: NO LESIONES AGUDAS

CUELLO: NO MASAS MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIS PALPABLES

ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS O VICEROMEGALIAS NO IRRITACION PERITONEAL

PELVIS: NO DEFORMIDAD

NEUROLÓGICO: NO DEFICIT O FOCALIZACIONES APARENTES

FANERAS: NO LESIONES AGUDAS

Conciliación Medicamentosa

De donde se obtiene la información: Paciente o acompañante

¿Se Concilian todos los medicamentos?: NO APLICA

Conciliación de medicamentos: ¿Cuál (es)?:

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756013580500002676

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILY

Apellidos: GARCIA ARANGO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1047974474

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

08/11/2018

Última actualización ciudadano:

19/03/2024

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja
2	Dos	La Ceja - Sonsón

FECHA: 20 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Ana de Jesús Montes Gallego C.C. 43.380.980
Miguel Antonio Cardona C.C. 70.726.790

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4446
Correo electrónico: elcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.380.980

MONTES GALLEGO

APELLIDOS

ANA DE JESUS

NOMBRES

ANA DE JESUS MONTES GALLEGO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1966

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

A+

G.S. RH

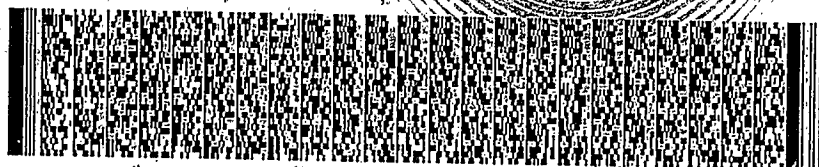
F

SEXO

30-JUN-1989 ARGELIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2907300-00058581-F-0043380980-20080824

0002574026A 1

6570001486

REGISTRADOR

ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.726.790

CARDONA

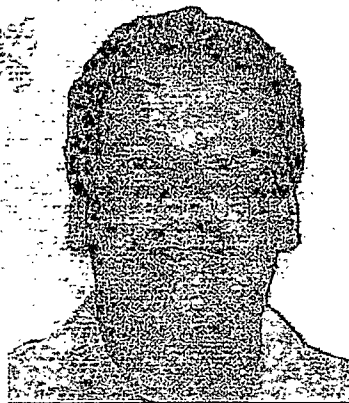
APELLIDOS

MIGUEL ANTONIO

NOMBRES

MIGUEL ANTONIO CARDONA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1971

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

A-

G.S. RH

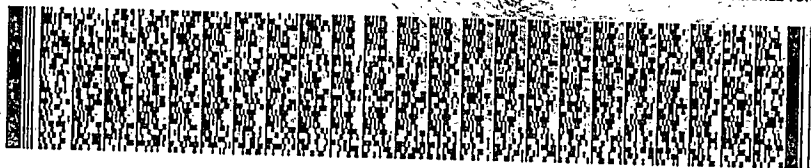
M

SEXO

30-NOV-1989 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2907300-00058581-M-0070726790-20080824

0002576356A 1

6570001568



CLINICA SAN JUAN DE DIOS

890905154

RHsClx Fch

Pag: 2 de 3

Fecha: 12/08/24

G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 43380980 -- ANA DE JESUS MONTES GALLEGO

Empresa: EPS SURA SUBSIDIADO 2024

Afiliado: NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 20/07/1966 Edad actual: 58 AÑOS

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3217219754

Dirección:

CARRERA 3 # 2 - 03

Barrio: BARRIO DE SONSON

Departamento:

ANTIOQUIA

Municipio: SONSON

Ocupación:

NO APLICA

Etnia: Ninguno de los anteriores

Grupo Etnico:

Atención Especial: OTROS

Nivel Educativo: No Definido

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Discapacidad: Ninguna

Ana de Jesús Montes, 56 años

Diagnósticos:

-Prolapso de órganos pélvicos

**Anterior y apical

-Incontinencia urinaria mixta

Paciente de 56 años, con cuadro clínico de 3 años de evolución de sensación de masa que protruye a través de la vagina, asociado a incontinencia urinaria mixta, al examen físico encuentro paciente estable, con prolapso anterior y apical grado III, con incontinencia urinaria de esfuerzo evidenciada, por lo cual la paciente se beneficia de manejo quirúrgico, se solicita urodinamia de forma prioritaria para estudio de su IU y poder planear mejor la cirugía y exámenes prequirúrgicos.

Cita de revisión en 1 mes o antes si tiene los resultados de los estudios solicitados. Inicio estrógeno tópico.

Debe traer resultado de citología.

Piso pélvico:

Paciente con historia clínica anotada de prolapso de órgano pélvico

trae resultado de urodinamia:

morfología de la onda plana / orina residual de 350 mm

su examen ginecológico:

prolapso anterior y apical (0) - recoenterocel y desgarramiento perineal.

DX: PROLAPSO COMPLETO

C/CONDUCTA:

COLPOPEXIA VIA VAGINA + COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR

CORRECCION DE ENTEROCELE - DESGARRO PERINEAL ANTIGUO.

SE EXPLICA EL DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.

LA PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA

DIAGNÓSTICO N813 PROLAPSO UTEROVAGINAL COMPLETO

Tipo PRINCIPAL

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción
1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

Pendiente

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS)	Pendiente
1	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS	Pendiente
1	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	Pendiente
1	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	Pendiente

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Cantidad	Descripción
1	7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: YAPATIÑO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS

890905154 -

RHsClxFch

Pag: 3 de 3

Fecha: 12/08/24

G.etaeo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 43380980 -- ANA DE JESUS MONTES GALLEG0

Empresa: EPS SURA SUBSIDIADO 2024

Afiliado: NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 20/07/1966 Edad actual: 58 AÑOS

Teléfono: 3217219754

Sexo: Femenino

Grupo Sanguíneo:

Barrio: BARRIO DE SONSON

Dirección:

CARRERA 3 # 2 - 03

Municipio: SONSON

Departamento:

ANTIOQUIA

Etnia: Ninguno de los anteriores

Ocupación:

NO APLICA

Nivel Educativo: No Definido

Grupo Étnico:

Atención Especial: OTROS

Discapacidad: Ninguna

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Estado Civil: Casado(a)

1 COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACIÓN DE ENTEROCELE

1 COLPOPEXIA VIA VAGINAL

1 PERINEOPLASTIA POR DESGARRO ANTIGUO DE PERINE

705302

707702

Pendiente

Pendiente

Pendiente

LUIS FERNANDO CADAVID VERGARA

Reg. 10981-83

GINECOLOGIA MODULO PISO PELVICO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpici1
Pag: 1 de 3
Fecha: 14/02/25



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACIÓN

HISTORIA CLINICA No. 43380980	G. Etareo 13	Edad 58 AÑOS
Cedula 43380980	ANA DE JESUS MONTES GALLEG0	Sexo Femenino
INGRESO Fec: 13/02/2025 09:05:19	EGRESO Fec: / / 00:00:00	
Atn. Ingreso URGENCIAS	Atn. Egreso URGENCIAS	

Pabellon Evolución: 5 QUIROFANO

2. DIAGNOSTICOS

Dx Ingreso R53X	MALESTAR Y FATIGA
Dx Salida N819	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO
Dx Egreso 1 N819	PROLAPSO GENITAL FEMENINO NO ESPECIFICADO
Dx Egreso 2 Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O ESPECIALES

4. EGRESO

CONDICIONES DEL USUARIO AL SALIR

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO - MOTIVO DE CONSULTA

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO - ENFERMEDAD ACTUAL
REVISION POR SISTEMAS

C. EXAMEN FISICO, PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCION

EVOLUCIONES

Realizada por: 34160 LUIS FERNANDO CADAVID VERGARA Especialidad GINECOLOGIA MODULO PISO PELVICO 13/02/2025 15:52:59

POS-QUIRURGICOS: COLPOPEXIA
• DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO:
PROLAPSO APICAL Y ANTERIOR
RECTOENTEROCELE
DESGARRO PERINEAL ANTIGUO / PERINEOCELE
• POS-QUIRURGICO: IDEM
• HOSPITALIZAR . VIGILAR SANGRADO- SIGNOS VITALES
• DIETA EN 4 HORAS A TOLERANCIA
• RETIRAR FOLEY Y GASA DE VAGINA
• MAÑANA ANTES DEL BAÑO
• SE LE DEJA FORMULA Y SE LE EXPLICA A FAMILIARES.

Realizada por: 34159 CATHERINE TORO LUGO Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 14/02/2025 09:26:42

EVOLUCIÓN GINECOLOGÍA

Se evalúa paciente con todos los EPP
ANA DE JESUS MONTES
Paciente de 58 años
Residente: Sonson
Escolaridad: Quinto de primaria
Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: FECHEVERRI



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpici1
Pag: 2 de 3
Fecha: 14/02/25



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 43380980	G. Etareo 13	Edad 58 AÑOS
Cedula 43380980	ANA DE JESUS MONTES GALLEG0	Sexo Femenino
INGRESO Fec: 13/02/2025 09:05:19	EGRESO Fec: / / 00:00:00	
Atn. Ingreso URGENCIAS	Atn. Egreso URGENCIAS	

Pabellon Evolución: 5 QUIROFANO

7 hijos

Diagnósticos:

- POP de colpografía anterior y posterior + colpopexia + perineoplastia por Prolapso Apical Y Anterior + Rectoenterocele, Desgarro Perineal Antiguo / Perineocele.

Refiere sentirse bien, niega dolor, tolera la vía oral y la deambulación. Diuresis ok posterior al retiro de la sonda vesical.

Paciente luce en buen estado general, consciente, orientada globalmente, colaboradora
FC: 85lpm FR: 18rpm satO2: 97% ambiente, afebril. TA 117/77mmHg

Sin signos de dificultad respiratoria.

Abdomen blando, no se palpan masas ni megalias, no hay dolor a la palpación.

Previa explicación a la paciente retiro compresa de vagina.

Rafas íntegras, sangrado vaginal escaso.

Extremidades sin edemas

ANÁLISIS: Paciente de 58 años de edad, POP de colpografía anterior y posterior + colpopexia + perineoplastia por Prolapso Apical Y Anterior Rectoenterocele, Desgarro Perineal Antiguo / Perineocele. Presenta buena evolución postquirúrgica, tolera la vía oral, la deambulación. Ya presentó micción posterior al retiro de la sonda vesical. Se da de alta, se explican recomendaciones, ya tiene fórmula médica indicada por ginecología de piso pélvico.

PLAN

- Alta

- Entregar fórmula médica indicada por ginecología de piso pélvico

- Control pop en 7 a 10 días con ginecología de piso pélvico.

- No debe levantar objetos pesados de más de 5-6kg en los primeros 3 meses de la cirugía.

- No debe tener relaciones sexuales en los primeros 3 meses de la cirugía.

- No debe realizar ningún tipo de labor doméstica.

- Dobe orinar cada 3 horas.

- Mantenerse bien hidratada.

Consultar por urgencias si: sangrado vaginal abundante, salida de pus por vagina y/o por herida quirúrgica. Herida roja, caliente y con secreción mal oliente o fétida. Dolor abdominal intenso que no mejora con los analgésicos.

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cant. Descripción
INTERCONSULTA POR: GINECOLOGIA MODULO PISO PELVICO
OBSERVACIONES: REVISIÓN POP EN 7 A 10 DÍAS
RESULTADOS: FECHA Y HORA DE APLICACION / / : REALIZADO POR:

Observaciones
Fecha de Orden: 14/02/2025

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: FECHEVERRI



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890505154

EPICRISIS

REpicri1

Pag: 3 de 3
Fecha: 14/02/25



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 43380980

G. Etareo 13

Edad 58 AÑOS

Cedula 43380980

ANA DE JESUS MONTES GALLEG0

Sexo Femenino

INGRESO Fec: 13/02/2025 09:05:19

EGRESO Fec: 11 00:00:00

Atn. Ingreso URGENCIAS

Atn. Egreso URGENCIAS

Pabellon Evolución: 5 QUIROFANO

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
3,00 UNIDAD	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% X 500 ML BOLSA
2,00 AMPOLLA	DEXAMETASONA (FOSFATO) 4 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
2,00 AMPOLLA	KETOROLACO 30MG/ML SOLUCION INYECTABLE
3,00 MILILITROS	ROCURONIO 50 MG/5 ML
0,42 AMPOLLA	BUPIVACAINA LEVOGIRA + GLUCOSA(RAQUIDEA)
115,00 MICROGRAMOS	FENTANILO CITRATO 0.5 MG/10 ML
10,00 MILILITROS	PROPOFOL 1%
10,00 CENTIMETROS CUBICOS	SEVOFLURANO
2,00 CENTIMETROS CUBICOS	LIDOCAINA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA 1% SOLUCION INYECTABLE
3,00 AMPOLLA	DIPIRONA 1 G/2 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00 AMPOLLA	NEOSTIGMINA 0.5 MG/1 ML AMP.
1,00 LPC	OXIGENO LITRO POR MINUTO
1,00 TABLETA	BISACODILO 5 MG GRAGEA
1.000,00 MILILITROS	SOLUCION SALINA 0.9% X 1000 ML BOLSA
1,00 OVULO	METRONIDAZOL 500 MG OVULO O TABLETA VAGINAL
1,00 TABLETA	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA
3,00 GRAMOS	CEFAZOLINA 1 G POLVO PARA RECONSTITUIR
1,00 TABLETA	IBUPROFENO 800 MG TABLETA
2,00 TABLETA	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA
1,00 GRAMOS	PLATA SULFADIAZINA 1% CREMA

Flor Morales
C.C. 39187.825

39145 FLOR AMPARO MORALES GARMONA

Reg. 51285

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756145881500000062

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA DE JESUS

Apellidos: MONTES GALLEGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43380980

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

07/12/2019

Última actualización ciudadano:

03/05/2023

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

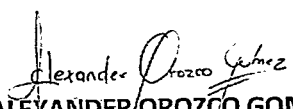
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja

FECHA: 21 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Ana Dolly Salazar Sánchez C.C. 22.100.715

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera GN° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Rulz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.100.715
SALAZAR SANCHEZ

APELLIDOS
ANA DOLLY

NOMBRES

Ana Dolly Salazar

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ABR-1957

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

28-SEP-1976 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00037362-F-0022100715-20080803

0001739916A 1

2460003101



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 27158474

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2024-10-28

HORA: 09:25

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
GASTRORIENTE SA			NI	900202707	
Código	056151067201		Teléfono 1	6045620203	
Correo			Teléfono 2		
Dirección					
Calle 42 # 56 - 39 Bloque 2 Consultorio 305					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	RIONEGRO	
DATOS DEL PACIENTE					
SALAZAR		SANCHEZ		ANA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		DOLLY			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		22100715	
Fecha de nacimiento		1957-04-21			
Dirección de Residencia Habitual		LOS POTREROS		Teléfono	
6040001000					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Teléfono celular	3113159313		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ublcación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugia General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
452301	1	COLONOSCOPIA TOTAL			
Observación	ANEXO CON FECHA DEL 05/10/2024				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21780569		Fecha	2024-10-26	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			943	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mmelendg (MELANY MELISSA MELENDEZ GONZALEZ)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME
W93
285901

Fecha: Oct.05/2024 Hora: 10:01

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Código: 057560239401

Nit: 890.980.003-5

Dirección: CALLE 16 No 7-151

Teléfono: 8695050

Fax: 8695050

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA
(PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA

Código: EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: SALAZAR

2do. Apellido: SANCHEZ

1er Nombre: ANA

2do. Nombre: DOLLY

Tipo de Documento: CEDULA

No. Documento: 22.100.715

Fecha de Nacimiento: Abr.21/1957

Edad: 67 Años

Sexo: FEMENINO

Dirección Residencia: LOS POTREROS

Teléfono: 3113159313

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-0

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Servicios
solicitados: SERVICIOS ELECTIVOS

Prioridad de la atención: NO PRIORITARIA

Servicio: MEDICA GENERAL

Ubicación del paciente al momento de
la solicitud de autorización:

CONSULTA EXTERNA

Cama:

Manejo Integral Según Guía:

MEDICINA INTERNA

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
2	452301	1	COLONOSCOPIA TOTAL

Justificación Clínica: PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS. SE ENCUENTRA PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SATURANDO ADECUADAMENTE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS SEGÚN JNC 8, POR LO QUE SE CONSIDERA ADECUADA ADHERENCIA Y CONTROL, SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS AL EXAMEN FÍSICO. NYHA II. PARA CLÍNICOS ACTUALIZADOS, MAL CONTROL DE LDL. PACIENTE MULTIQUEJOSA, REFIERE VARIOS SÍNTOMAS, PERO LLAMA LA ATENCIÓN EL MAREO POSTURAL ADemás DE RECTORAGGIA, ESTE AÑO SE REALIZÓ SANGRE OCULTA NE MATERIAL FECAL EL CUAL SALIÓ NEGATIVO, PERO PACIENTE REFIERE QUE SI TUVO DEPOSICIONES CON SANGRE, ADemás DE DOLOR ABDOMINAL Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INTENSOS, SE DERIVA A MEDICINA INTERNA Y SE ORDENA COLONOSCOPIA. ORDENARON EKG POR MAREO INTENSO, PERO NO SE PUEDE INTERPRETAR POR MALA TOMA, SE LE VUELVE A ORDENAR. SE CONSIDERA ADECUADO CONTROL, SE RENUEVA FÓRMULA MÉDICA, NO SE MODIFICA TRATAMIENTO. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SE INCENTIVA LA TOMA DE MEDICAMENTOS SEGÚN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA, CITA DE CONTROL EN 3 MESES EL PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

Diagnostico principal: HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Código CIE10: I10X

Diagnostico relacionado 1: TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEÍNAS, NO ESPECÍFICO

Código CIE10: E789

Diagnostico relacionado 2: MELENA

Código CIE10: K921

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: CANO GALLO JENNY SIRLEY

Teléfono: 8695050

Registro Médico: RM1214721925

Teléfono Celular:

Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL

Firma

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	
	Nit: 890.980.003-5	
HISTORIA CLINICA DE:		Atencion: 160
CONTROL ENFERMEDADES CRONICAS		Fecha: Oct.05/2024
Nombre:	SALAZAR SANCHEZ ANA DOLLY	Edad: 67 Años
Telefono:	3113159313	Estrato: SUBSIDIADO-0
Historia:	22100715	Id: CC 22.100.715
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Hora Ate: 10:01
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA	

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: 3

Revision por Sistemas: MAREO: NO. TINNITUS: NO. EPISTAXIS: NO. LIPOTIMIAS/SINCOPE: NO. DOLOR PRECORDIAL: NO. DIFICULTAD RESPIRATORIA: NO. ORTOPNEA: NO. CEFALEA: NO. CLAUDICACION: NO. POLIURIA: NO. POLIDIPSIA: NO. OTROS: NO.

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALERGICOS: LE DA PRURITO EL TRAMADOL GOTAS.. GENITOURINARIOS: PROLAPSO ANTERIOR EN SEGUIMIENTO POR UROLOGIA. QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA POR CA DE CERVIX. LIPOMA EN TORAX.. RESPIRATORIOS: EXPOSICIÓN A HUMO DE LEÑA-

Familiares: RESPIRATORIOS: NIEGA.. CANCER: NO

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren l S: 0, Mueren Dl S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Oct.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrua: ** NO EXISTE, Fecha ultima citologia: Nov.08/2019, Proxima citologia: Nov.00/0000, Resultado de la citologia: NORMAL, Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruación: Nov.00/0000, Fecha de parto: Nov.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Estilo de Vida:

INTERES X CONOCER LA ENFERMEDAD: NO. INTERES X ASISTIR A CONTROLES: NO. PUEDE ASISTIR A CONTROLES: NO. ACEPTA CAMBIOS X LA ENFERMEDAD: NO. ACEPTA TOMAR MEDICAMENTOS: NO. ACEPTA CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA: NO. REALIZA EJERCICIO AEROBICO: NO. DIETA ORDENADA X NUTRICIONISTA: NO. ALTO NIVEL DE SODIO: NO. ALTO NIVEL DE GRASAS: NO. ALTO NIVEL CARBOHIDRATOS: NO. MANEJO DEL ESTRES: NO. CONSUMO DE CAFEINA: NO.

Adherencia al tratamiento:

CONOCE EL TRATAMIENTO: SI. LO TOLERA: SI. TOMA LA DROGA SEGUN PRESCRIPCION: SI.

Examen Fisico:

Estado General: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS
CABEZA Y CUELLO:
 CRÁNEO SIN LESIONES, CONJUNTIVAS HIDRATADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES, CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATIAS
CARDIOVASCULAR:
 RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS
TORAX:
 TÓRAX SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN CREPITOS NI SIBILANCIAS
ABDOMEN:
 PERISTALTISMO PRESENTE, BLANDO, DEPRESIBLE SIN PUNTOS DOLOROSOS
PIEL Y FANERAS:
 SIN LESIONES, LLENADO CAPILAR EN <2 SEGUNDOS
Signos Vitales: Peso: 65.00 KG Kg, Talla: 160 Mts, IMC: 25,39, Clasificación: Sobrepeso, Riesgos: Aumentado, Pulso: 70 Xm, Frecuencia Cardiaca: 70 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 16, P.Sistolica: 130, P.Diastolica: 80, P.Arterial Media: 96,66, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR..

Apáratos y Sistemas:

Pagina: 1 de 3 Imprime: APOR	Medico: CANO GALLO JENNY SIRLEY	Firma
Fecha Sistema: 18/02/2025 Hora: 10:02:41	Cedula: 1.214.721.925 Registro: RM1214721925	



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
CONTROL ENFERMEDADES CRONICAS

Atencion: 160

Fecha: Oct.05/2024

Nombre:	SALAZAR SANCHEZ ANA DOLLY	Edad:	67 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3113159313	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	22100715	Id:	CC	22.100.715	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Hora Ate:	10:01		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

Corazon: Rs.Cs.Rs: NO. SOPLOS CARDIACOS: NO. P.M.I. NO. TERCER RUIDO(S3): NO. CUARTO RUIDO(S4): NO.

Abdomen: HEPATOMEGALIA: NO. MASAS: NO. SOPLO ABDOMINAL: NO. ASCITIS: NO.

Edemas: PARPADOS: NO. MsSs: NO. MsIs: NO. ANASARCA: NO.

Fondo De Ojo: PAPILEDEMA: NO. HEMORRAGIAS: NO. EXUDADOS: NO. RELACION A/V: NO. CRUCES A/V: NO. MICROANEURISMAS: NO.

Otros Hallazgos: OTROS HALLAZGOS: NO.

Datos Alto Costos:

Con Dx Alto Costo: Si, Tiene HTA: Si, Fecha HTA: Sep.04/2021, Tiene DM: No, Fecha DM: , Etiologia de la ERC: 98-Si no Tiene ERC, Perimetro Abdominal: 102, TFG: 58.2, Riesgo Cardiovascular: 1-Moderado, Estadio ERC: 2-Si el usuario tiene TFG entre 60 y menor de 90 ml/min y pruebas clinicas que soportan daño renal.

Paraclínicos Alto Costos:

Creatinina: 1, Fecha Creatinina: Jun.29/2024, Hemoglobina Glicosilada: 5.5, Fecha Hemoglobina Glicosilada: Jun.29/2024, Albuminuria: 21, Fecha Albuminuria: Jun.29/2024, Creatinuria: 56, Fecha Creatinuria: Jun.29/2024, Colesterol: 212, Fecha Colesterol: Jun.29/2024, Colesterol HDL: 34, Fecha Colesterol HDL: Jun.29/2024, Colesterol LDL: 128, Fecha Colesterol LDL: Jun.29/2024, PTH: , Fecha PTH:

Otros Datos Alto Costos:

Estado Hipertension: I, Indice Cintura: 102, Glucometria: , Estado Penal: II.

Prueba Demo:

Prueba Demo:

Prueba Demo:

Extremidades Alto Costos:

Tamaño Tiroides: , Pulsos Perifericos: Si, Edema: No.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Concepto Profesional: PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS. SE ENCUENTRA PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SATURANDO ADECUADAMENTE, CIFRAS TENSIONALES EN METAS SEGÚN JNC 8, POR LO QUE SE CONSIDERA ADECUADA ADHERENCIA Y CONTROL, SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS AL EXAMEN FÍSICO. NYHA /I. PARACLÍNICOS ACTUALIZADOS, MAL CONTROL DE LDL.

PACIENTE MULTIQUEJOSA, REFIERE VARIOS SINTOMAS, PERO LLAMA LA ATENCIÓN EL MAREO POSTURAL ADEMÁS DE RECTORAGGIA, ESTE AÑO SE REALIZÓ SANGRE OCULTA NE MATERIAL FECAL EL CUAL SALIÓ NEGATIVO, PERO PACIENTE REFIERE QUE SI TUVO DEPOSICIONES CON SANGRE, ADEMÁS DE DOLOR ABDOMINAL Y SINTOMAS GASTROINTESTINALES INTENSOS, SE DERIVA A MEDICINA INTERNA Y SE ORDENA COLONOSCOPIA.

ORDENARON EKG POR MAREO INTENSO, PERO NO SE PUEDE INTERPRETAR POR MALA TOMA, SE LE VUELVE A ORDENAR.

SE CONSIDERA ADECUADO CONTROL, SE RENUEVA FÓRMULA MÉDICA, NO SE MODIFICA TRATAMIENTO. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SE INCENTIVA LA TOMA DE MEDICAMENTOS SEGÚN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA, CITA DE CONTROL EN 3 MESES EL PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

Página: 2 de 3 Imprime: APOR	Medico: CANO GALLO JENNY SIRLEY	Firma
Fecha Sistema: 18/02/2025 Hora: 10:02:41	Cedula: 1.214.721.925 Registro: RM1214721925	

		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	
		Nit: 890.980.003-5	
HISTORIA CLINICA DE: CONTROL ENFERMEDADES CRONICAS		Atencion:	160
		Fecha:	Oct.05/2024
Nombre:	SALAZAR SANCHEZ ANA DOLLY	Edad:	67 Años
Telefono:	3113159313	Estrato:	SUBSIDIADO-0
Historia:	22100715	Id:	CC 22.100.715
Estado Civil:	UNION LIBRE	Hora Ate:	10:01
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA		

Diagnostico: Dx.Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), Dx.Relacionado1: E789-TRASTORNO DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS, NO ESPECIFIC, Dx.Relacionado2: K921-MELENA, Dx.Relacionado3: R103-DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx:

Finalidad: Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS DE PYP - W04 193446 - Oct.05/2024

1. ESOMEPPAZOL 20 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1 TAB CADA DIA EN AYUNAS.
2. HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA.
3. LOSARTAN 50 MG - Tabletetas, Via:ORAL, Cantidad:180, Dosis:TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS.
4. NIMODIPINO 30 MG - Tabletetas, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1 TAB CADA DIA.
5. ATORVASTATINA 40 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1 TAB CADA NOCHE.
6. IMIPRAMINA 25 MG - Gragea, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1 TAB CADA DIA.
7. TRIMESUTINA 200 MG - Tabletetas, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR UNA ALD IA SI HAY DOLOR ABDOMINAL INTENSO.
8. ACETAMINOFEN 500 MGS - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR UNA CADA DIA SI HAY DOLOR.

Observaciones: 3 MESES

ORDEN PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES POS - W09.37589 - Oct.05/2024

1. ELECTROCARDIOGRAMA -, Cantidad:1, Obs:.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 285901 - Oct.05/2024

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, Cantidad: 1
2. COLONOSCOPIA TOTAL, Cantidad: 1

Página: 3 de 3	Medico:CANO GALLO JENNY SIRLEY	Firma
Imprime: APOR		
Fecha Sistema:18/02/2025	Cedula: 1.214.721.925	
Hora:10:02:41	Registro: RMi214721925	



CLINICA SAN JUAN DE DIOS
890905154 -

RHsClxFch
Pag: 2 de 2
Fecha: 25/04/24
G.etaeo: 15



HISTORIA CLÍNICA No. CC 22100715 -- ANA DOLLY SALAZAR SANCHEZ

Empresa: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.A. - SUBSIDIADO **Afiliado:** NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 21/04/1957 **Edad actual :** 67 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Unión Libre
Teléfono: 3113159313 **Dirección:** VEREDA LOS POTREROS
Barrio: BARRIO DE SONSON **Departamento:** ANTIOQUIA
Municipio: SONSON **Ocupacion:** NO APLICA
Etnia: Ninguno de los anteriores **Grupo Etnico:**
Nivel Educativo: No Definido **Atención Especial:** OTROS
Discapacidad: Ninguna **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

síntomas depresivos (anhedonia, pensamientos recurrentes, insomnio de conciliación, desesperanza; cambios en hábito intestinal, dolores generalizados). Ha estado en profilaxis irregular con imipramina. Examen neurológico normal, excepto por puntos gatillo cervicales bilaterales; TC de cráneo simple normal.

Inicio profilaxis con imipramina DIARIA para cefalea y sertralina por síntomas anímicos. Debe continuar la suplencia de vitamina D3 (formulada por osteopenia, no se la han despachado) Seguir tratamiento de Psicología.

Control por Neurología en tres meses.

PLAN Y MANEJO

Imipramina 10 mg noche tenga o no dolor en ese momento
Sertralina 50 mg (media tableta las primeras dos semanas y luego la tableta entera)
Bisacodilo 5 mg diarios
vitaminaD3
Control en Neurología en tres meses

Evolución realizada por: LAURA MARCELA VELASQUEZ GAVIRIA-Fecha: 25/04/24 09:46:31

DIAGNÓSTICO G442 CEFALEA DEBIDA A TENSION Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO F329 EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO Tipo RELACIONADO
FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
90,00	1,00 TABLETA	BISACODILO 5 MG GRAGEA 5 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
tomar en la noche para dar del cuerpo en la mañana					
90,00	1,00 TABLETA	CARBONATO DE CALCIO + VITAMINA D3 1500MG+200 U	ORAL	24 Horas	NUEVO
90,00	1,00 TABLETA	SERTRALINA 50 MG 50 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
tomar media tableta las primeras dos semanas y luego la tableta entera cada día					
90,00	1,00 TABLETA	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA RECUBIER	ORAL	24 Horas	NUEVO
cada noche, tenga o no dolor en ese momento					

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR NEUROLOGIA

Fecha de Orden: 25/04/2024 Ordenada

OBSERVACIONES

3 meses

RESULTADOS :

Laura Velasquez G.
Neurología
311-26 418 427

LAURA MARCELA VELASQUEZ GAVIRIA

Reg. 1128418497

NEUROLOGIA

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756027481700000230

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA DOLLY

Apellidos: SALAZAR SANCHEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 22100715

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

13/02/2020

Última actualización ciudadano:

29/06/2024

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja

FECHA: 21 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Carmen Rosa Gallego Cardona-C.C. 32.533.088

María Gloria Cardona Gallego C.C. 43.463.502

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Camara 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.533.088

GALLEGO GARDONA

APELLIDOS
CARMEN ROSA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1957

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 0+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-SEP-1976 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00020902-F-0032533088-20080708 0000857810A 1 2460004728

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 43.463.502

CARDONA CALLEGO

APELLIDOS

MARIA GLORIA

NOMBRES

Maria Gloria Cardona

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1981

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-SEP-2001-SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



A-0126200-01448690-F-0043463502-20240626 0140705063G 1 8512068728

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME:

W93
300498

Fecha:

Feb.10/2025

Hora:

08:53

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Código: 057560239401

Dirección: CALLE 16 No 7-151

Nit: 890.980.003-5

Teléfono: 8695050

Departamento: ANTIOQUIA

Fax: 8695050

Municipio: SONSON

Código: 05

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA

Código: 756

Código: EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: GALLEG0

2do. Apellido: CARDONA

1er Nombre: CARMEN

2do. Nombre: ROSA

Tipo de Documento: CEDULA

No. Documento: 32.533.088

Fecha de Nacimiento: Jul.15/1957

Edad: 67 Años

Sexo: FEMENINO

Dirección Residencia: VEREDA LAS CRUCES

Teléfono: 3136259877

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-0

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Servicios solicitados: SERVICIOS ELECTIVOS

Prioridad de la atención: PRIORITARIA

Servicio: MEDICA GENERAL

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Cama:

Manejo Integral Según Guía: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	890280	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA

Justificación Clínica:

FEMENINA DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTES ANOTADOS. EN CONTEXTO DE DOLOR CRÓNICO EN CADERA IZQUIERDA, DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, POR DESGASTE DE CADERA, EL CUAL LIMITA SU FUNCIONALIDAD, YA EN SILLA DE RUEDAS, POCA MOVILIDAD, DISMINUCIÓN DEL BARTHEL. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON DOLOR, CADERA IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACIÓN, LIMITACIÓN FUNCIONAL, DISMINUCIÓN EN MOVIMIENTOS ACTIVOS Y PASIVOS, ARCOS DE MOVIMIENTO REDUCIDOS, INCAPACIDAD DE SOPORTE DE PROPIO PESO CORPORAL. EN CONTEXTO DE DESGASTE DE CADERA, YA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL, POR LO CUAL REQUIERE DE MANEJO POR ORTOPEDIA, RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA Y MANEJO AMBULATORIO CON MEDICACIÓN. SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL CUAL ENTIENDE Y ACEPTA.

Diagnostico principal: COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Código CIE10: M169

Diagnostico relacionado 1: DOLOR EN ARTICULACION

Código CIE10: M255

Diagnostico relacionado 2: ** NO PRESENTA **

Código CIE10:

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: MEDICO INTERNO 2

Teléfono: 8695050

Registro Medico:

Teléfono Celular:

Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL

Firma

		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			
		Nit: 890.980.003-5			
HISTORIA CLINICA DE:		Atención:		125	
AMBULATORIA		Fecha:		Feb.10/2025	
Nombre:	GALLEGO CARDONA CARMEN ROSA	Edad:	67 Años	Sexo:	FEMENINO
Teléfono:	3136259877	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	32533088	Id:	CC	32.533.088	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	08:53		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: CARMEN ROSA GALLEGO CARDONA, 67 AÑOS
RESIDENTE EN SONSON LAS CRUCES.
AMA DE CASA, VIUDA, 3 HIJOS.
BARTHEL DE 60 PUNTOS.

MOTIVO DE CONSULTA : "DOLOR DE CADERA IZQUIERDA "

Enfermedad Actual: ENFERMEDAD ACTUAL: FEMENINA DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTES ANOTADOS.
EN CONTEXTO DE DOLOR CRÓNICO EN CADERA IZQUIERDA, DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, POR DESGASTE DE CADERA, EL CUAL LIMITA SU FUNCIONALIDAD, YA EN SILLA DE RUEDAS, POCA MOVILIDAD, DISMINUCIÓN DEL BARTHEL.

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: ARTRITIS, DEPRESIÓN, INSOMNIO
FARMACOLOGICOS: TIAMINA, DICLOFENACO, ESCITALOPRAM, BETAMETASONA 0.1%, AMITRIPTILINA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
QUIRÚRGICOS: NIEGA
ALÉRGICOS: NIEGA
VACUNACIÓN COVID-19 3' REFUERZOS

Revision por Sistemas: REVISIÓN POR SISTEMAS

- SIN EDEMAS, SIN ORTOPNEA, SIN BENDOPNEA, NI DISNEA.
- SIN ANGINA, NI PALPITACIONES, NI SÍNCOPE.
- SIN DIARREA, SIN ADENOMEGALIAS.
- SIN BRCTES, SIN ÚLCERAS, SIN LESIONES EN PIEL.
- SIN PÉRDIDA ANORMAL DE PESO, SIN DIAFORESIS NOCTURNA, NI ESCALOFRÍOS.

Antecedentes:

Personales: TOXICO-ALÉRGICOS: NIEGA. QUIRURGICOS: CURETAJE OBSTETRICO.. PSIQUIATRICOS: DEPRESION MAYOR, INSOMNIO

Familiares: CANCER: CA CERVIX (hermana)

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren l S: 0, Mueren Dl S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Feb.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrua: ** NO EXISTE, Fecha ultima citologia: Mar.03/2015, Proxima citologia: Mar.00/0000, Resultado de la citologia: NORMAL, Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruacion: Mar.00/0000, Fecha de parto: Mar.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Examen Fisico:

Estado General: EXAMEN FÍSICO:

REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADA, SIN DISNEA, SIN FASCIAS DE DOLOR
NORMOCÉFALO, ISOCORIA NORMORREACTIVA, MUCOSA ORAL HÚMEDA,
CUELLO MÓVIL, SIN ALTERACIONES
TÓRAX ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO
RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, NO IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES MÓVILES, LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, PÚLSOS DISTALES PRESENTES
***CADERA IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACIÓN, LIMITACIÓN FUNCIONAL, DISMINUCIÓN EN MOVIMIENTOS ACTIVOS Y PASIVOS, ARCOS DE MOVIMIENTO REDUCIDOS, INCAPACIDAD DE SOPORTE DE PROPIO PESO CORPORAL.

Pagina: 1 de 2	Medico:	Firma
Imprime: INTER2	MEDICO INTERNO 2	
Fecha Sistema:10/02/2025	Cedula: 8.909.800.035	
Hora:9:00:26	Registro:	



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
AMBULATORIA

Atención:

125

Fecha:

Feb.10/2025

AMBULATORIA				Fecha:		Feb.10/2025	
Nombre:	GALLEGO CARDONA CARMEN ROSA			Edad:	67 Años	Sexo:	FEMENINO
Teléfono:	3136259877			Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	32533088			Id:	CC	32.533.088	
Estado Civil:	CASADO			Hora Ate:	08:53		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA						

NEUROLÓGICO: ALERTA, UBICADO EN PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO, PACIENTE QUE RESPONDE DE MANERA ADECUADA AL INTERROGATORIO, OBEDECE ÓRDENES, NO SE EVIDENCIAN FOCALIZACIONES NEUROLÓGICAS, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, CON ADECUADA RESPUESTA A LOS ESTÍMULOS, ECG 15/15.

Signos Vitales: Peso: 62.90 KG Kg, Talla: 155 Mts, IMC: 26,18, Clasificación: Sobrepeso, Riegos: Aumentado, Pulso: 77 Xm, Frecuencia Cardíaca: 77 Xm, Ritmo Cardíaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 18, P.Sistólica: 130, P.Diastólica: 80, P.Arterial Media: 96,66, Temperatura: 36,8, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL, CABELLO: NORMAL, OJOS: NORMAL, OÍDOS: NORMAL, BOCA: NORMAL, GARGANTA: NORMAL, CUELLO: NORMAL, TORAX: NORMAL, SIST.RESPIRATORIO: NORMAL, SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL, SIST.VASCULAR PERIFÉRICO: NORMAL, ABDOMEN: NORMAL, SIST.GENITOURINARIO: NORMAL, TACTO VAGINAL: NO EVALUADO, TACTO RECTAL: NO EVALUADO, SIST.LOCOMOTOR: NORMAL, SIST.NEUROLÓGICO: NORMAL, EX.GANGLIONAR: NORMAL, EX.MENTAL: NORMAL, OTROS: NORMAL, NARIZ: NORMAL,

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Concepto Médico: ANÁLISIS:

FEMENINA DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTES ANOTADOS.

EN CONTEXTO DE DOLOR CRÓNICO EN CADERA IZQUIERDA, DE 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN, POR DESGASTE DE CADERA, EL CUAL LIMITA SU FUNCIONALIDAD; YA EN SILLA DE RUEDAS, POCA MOVILIDAD, DISMINUCIÓN DEL BARTHEL. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON DOLOR, CADERA IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACIÓN, LIMITACIÓN FUNCIONAL, DISMINUCIÓN EN MOVIMIENTOS ACTIVOS Y PASIVOS, ARCOS DE MOVIMIENTO REDUCIDOS, INCAPACIDAD DE SOPORTE DE PROPIO PESO CORPORAL.

EN CONTEXTO DE DESGASTE DE CADERA, YA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL, POR LO CUAL REQUIERE DE MANEJO POR ORTOPEDIA, RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA Y MANEJO AMBULATORIO CON MEDICACIÓN. SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL CUAL ENTIENDE Y ACEPTA.

PLAN:

RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA
ORDEN PARA ORTOPEDIA
ORDEN DE MEDICAMENTO AMBULATORIO.

Diagnóstico: Dx.Principal: M169-COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado1: M255-DOLOR EN ARTICULACIÓN, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnóstico: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomático o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envía:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 678352 - Feb.10/2025

1. ETORICOXIB 90 MG - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:5, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS, POR 5 DIAS.
2. PREGABALINA 25 MG - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS, EN LA NOCHE.
3. NAPROXENO 250 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:10, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS, POR 5 DIAS.

ORDEN DE IMAGENOLOGIA/RAYOS X - W06 62970 - Feb.10/2025

1. RX DE CADERA COMPARATIVA -, Cantidad:1, Obs:CADERA COMPARATIVA.

RECOMENDACIONES - W10 949073 - Feb.10/2025

1. .

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 300498 - Feb.10/2025

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA, Cantidad: 1

Página: 2 de 2	Médico:	Firma
Imprime: INTER2	MEDICO INTERNO 2	
Fecha Sistema:10/02/2025	Cédula: 8.909.800.035	
Hora:9:00:26	Registro:	

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756012481000000146

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARMEN ROSA

Apellidos: GALLEGO CARDONA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 32533088

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/11/2018

Última actualización ciudadano:

14/11/2018

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

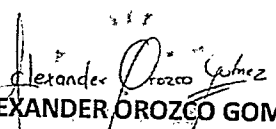
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

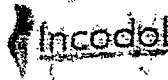
FECHA: 24 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Yuly Astrid Posada Orozco C.C. 1.047.970.495
María José Montes Posada NUIP. 1.036.268.056

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz Zapata"
Teléfono: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co



INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR S.A.S. 900274560-1

Historia Clínica No:	HC-1036268056	Fecha Nacimiento:	06-11-2023
Identificación:	HC-1036268056		
Nombre:	ANNA JOSE MONTES POSADA	Estado Civil:	Soltera
Sexo Biológico:	Femenino		
Lugar de residencia:	VEREDA MANZANARES, SONSON ANTIOQUIA, Medellín (Antioquia)	Celular:	3105329822 MADRE
Teléfono:	3197911134 PADRE		
Ocupación:	Menor de edad		

Consecutivo	Fecha Atención	Evento	Ingreso	Edad	Tipo Atención	Modalidad Atención
3516260	07/11/2024 14:36:00	333399	2844003	1 años	CONTROL	Presencial
Sede Atención		Empresa Aseguradora			Tipo de vinculación	
1. Ixurles		SURA SUBSIDIADO			Subsidiado	
Nombre Acomp:		Teléfono Acomp:	Parentesco Acomp:		Entidad/IPS que remite	
YULI ASTRID POSADA OROZCO			MADRE		CIS COMPAMA NONEGRO	
Nombre Resp:		Teléfono Resp:	Parentesco Resp:			
ANNA JOSE MONTES POSADA		3197911134 PADRE				

CUIDADOS PALIATIVOS

Estado Civil: N/A

Nivel escolar: Ning una Situación laboral: Cesante

Religión: Católica

EVOLUCIÓN

Evolución: CONSULTA CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: Acompañada de la mamá Yuli Posada y el papá Jorge Ivan, 1 año - Viven en Sonsón

Diagnósticos: - Síndrome dismórfico, sospecha de Síndrome Axenfeld-riege tipo 3 (riesgo alto de QT prolongado) - Riñones pélvicos (ectópicos) - Cardiopatía congénita (ductus y CIV, hipertensión pulmonar) - QT prolongado - Leucocoria bilateral - Glaucoma bilateral - Disfagia - Portadora de gastrostomía

Evolución:

14-09-24 Nefrología: van a realizar biopsia renal por proteinuria, está pendiente la atención en el Hospital San Vicente el 12-11-24

Cardiología seguimiento en SOMER: Manejo expectante, tiene cita mañana para definir necesidad de llevar a cierre de ductus

En el Hospital San Vicente 24-08-24 le realizaron una trabeculectomía e implante de válvula en el ojo izquierdo

Genética: Sospecha de Síndrome Axenfeld-riege tipo 3 (riesgo alto de QT prolongado)

- Alimentación mixta (boca y gastrostomía). No se atora pero vomita casi todas las formulas lácteas,

- Tiene pendiente el cambio de botón de gastrostomía

- No es usuaria de oxígeno domiciliario

- Hitos del desarrollo: no sostiene cefálico, no sedestación

Historial Farmacológico: - Ácido fólico 1 mg cada 24 horas - Enalapril 1 mg cada 24 horas - Hidroclorotiazida 5 mg cada 24 horas - Vitamina D: sulfato de zinc

Paradójicos: Catetérismo 26-02-24:

- Defecto amplio de tabique interatrial tipo ostium secundum

- Anomalia parcial del retorno pulmonar derecho de tipo intracardiaco

- Estenosis de los orígenes de ambas ramas pulmonares

- Ductus arterioso persistente pequeño

21-09-24 Holter: Intervalo QTc prolongado en la mayor parte del estudio, resto del estudio normal

ESCALAS (24 HORAS)

Escala de dolor: 0/10

Cansancio: 0/10 Náuseas: 0/10 Tristeza: 0/10 Angustia: 0/10 Somnolencia: 0/10 Apetito: 0/10 Disnea: 0/10 Insomnio: 0/10 Estreñimiento: 0/10 Bienestar: 0/10

EXAMEN FÍSICO

Inspección general: Paciente en buenas condiciones generales

Escala de dolor: 0/10 Frecuencia cardíaca: 155 Neurológico: Activa, reactiva, no movimientos anormales

Cabeza y cuello: Microcefalia, facies dismórficas, hipertelorismo, orejas de implantación baja,

Cardiopulmonar: R: (ruidos), soplos sistólicos, P2 reforzado

No signos de dificultad respiratoria

Mamaria vesicular conservado, sin agregados

Órganos de los sentidos: leucocoria bilateral, exoftalmos derecho

Gastrointestinal: Abdomen blando, gastrostomía sana, sin filtraciones

Ortocomuscular: No evaluado

Genitourinario: No evaluado

IdH: No lesiones

ESCALAS

Índice de Karnofsky: 10 Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes

Índice de Barthel

Total Índice de Barthel: Dependiente severo: 35 - 20



INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR S.A.S. 900274560-1

Historia Clínica No:	IC-1036268056	Fecha Nacimiento:	06-11-2023
Identificación	RC-1036268056	Nombre:	MARIA JOSE MONTES POSADA
Sexo Biológico:	Femenino	Estado Civil:	Soltero
Lugar de residencia:	VEREDA MANZANARES SONSON ANTIOQUIA, Medellín (Antioquia)		
Teléfono:	3197911134 PADRE	Celular:	3105329852 MADRE
Ocupación:	Menor de edad		

Consecutivo	Fecha atención	Evento	Ingreso	Edad	Tipo Atención	Modalidad Atención
3516260	07/11/2024 14:36:00	333399	2844003	1 años	CONTROL	Presencial
Sede Atención	Empresa Aseguradora			Tipo de vinculación		
G. Laureles	SURA SUBSIDIADO			Subsidiado		
Nombre Acom:	Teléfono Acom:			Entidad/IPS que remite:		
YULIASTRID POSADA OROZCO	PARENTESCO Acom:			CIS COMEFAMA RIONEGRO		
Nombre Resp:	Teléfono Resp:			PARENTESCO Resp:		
MARIA JOSE MONTES POSADA	3197911134 PADRE					

ASPECTOS FAMILIARES O SOCIALES

Nombre del cuidador: Yuly Astrid, (madre)

Valoración del cuidador

Valoración general

Cuestionario Barber

Cuestionario de Zarit

CONCEPTO

DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE:

Fecha/Hora	Diagnóstico	Tipo diagnóstico	Primario	Observaciones
15/08/2024 13:12:05	Q532 - Riñón ectópico	Confirmado nuevo	Primario	
15/08/2024 13:12:06	Z931 - Gastrostomía	Confirmado nuevo	Secundario	
15/08/2024 13:12:06	Q211 - Defecto del tabique auricular	Confirmado nuevo	Secundario	
15/08/2024 13:12:06	R409 - Glaucoma, no especificado	Confirmado nuevo	Secundario	

Concepto / Plan: María Jose, 1 año, con síndrome dismórfico y sospecha de Síndrome Axenfeld-Jäger tipo 3 (riesgo alto de QT prolongado) Según la ACT (Association for Children with Lifethreatening or Terminal Conditions and their Families), pertenece al grupo II, que son niños en situaciones en que la muerte prematura puede ocurrir, pero que cuentan con tratamientos dirigidos a la fisiopatología de la enfermedad que pueden prolongar la vida, con una actividad normal.

Es una niña con condiciones crónicas complejas que ocasionan importante limitación funcional y fragilidad.

Debe continuar seguimiento con cuidados paliativos idealmente para hacer una planeación anticipada de los cuidados e ingresar al programa de enfermedades huérfanas del Hospital Pablo Tobón Uribe.

Se ordena cambio de botón de gastrostomía a botón Mickey y evaluación por gastroenterología porque no está tolerando las fórmulas lácteas.

Se solicita control por telemedicina en 1 mes.

Formula Medica SI/No: No formula Requiere intervencionismo Analgesico SI/No: No requiere.

Firmado Electrónicamente por: Mustatye Elorza Parra - Especialista en Pediatría REG 51699-04 No. Reg: 07/11/2024 15:39:17

Otras órdenes

Órdenes

Control por telemedicina en 1 mes

Otras órdenes

Órdenes

Paciente con disfagia severa requiere cambio de botón de gastrostomía por botón tipo Mickey. PRIORITARIO.

Otras órdenes

Órdenes

Paciente con síndrome dismórfico y disfagia, portadora de gastrostomía. Quien requiere ser evaluada por gastroenterólogo porque no está tolerando las fórmulas lácteas y requiere cambio de botón de gastrostomía por tipo Mickey. PRIORITARIO.

Firmado Electrónicamente por: Mustatye Elorza Parra - Especialista en Pediatría REG 51699-04 No. Reg: 07/11/2024 15:37:10

Firmado Electrónicamente por: Mustatye Elorza Parra - Especialista en Pediatría REG 51699-04

Registro médico:

Firma:

INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR S.A.S.

900274660-1

incodol

Historia Clínica Nro. RC-103626056
Nombre: MARIA JOSE MONTES ROSADA
Sexo Biológico: Femenino
Nacimiento: 05-11-2023
Dirección: VEREDA MANZANARES ZONAS ANTIOQUIA
Teléfono: 3197911134 PADRE

Consecutivo	5516260	Fecha atención	07/11/2024 14:36:00	Evento	333399	Ingreso	2844003	Edad	1 años	Tipo Atención	CONTROL	Modalidad Atención	Presencial	Sede Atención	L. Laureles
Entidad/IPS que remite															
CIS COMFAMA RIONEGRO															

Otras ordenes

Paciente con síndrome dismórfico y distagia, portadora de gastrostomía. Quien requiere ser evaluada por gastroenterólogo porque no está tolerando las fórmulas lácteas y requiere cambio de botón de gastrostomía por tipo Mickey. PRIORITARIO

Firmado Electrónicamente por: Musasay Eforza Parra - Especialista en Pediatría REG 51699-04 No. Reg: 07/11/2024 15:37:10

Firmado Electrónicamente por: Musasay Eforza Parra - Especialista en Pediatría REG 51699-04 - Visita sin firmar por el médico responsable

Firma:



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58042045

NUIP 1036268056

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	B	2	W
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - ANTIOQUIA - RIONEGRO NOTARIA 2 RIONEGRO * * * * *									

Datos del inscrito

Primer Apellido					Segundo Apellido															
MONTES * * * * *					POSADA * * * * *															
Nombre(s)																				
MARIAJOSE * * * * *																				
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH											
Año		2		0		2		3		Mes	N	O	V	Día	0	6	FEMENINO		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																				
COLOMBIA - ANTIOQUIA - RIONEGRO * * * * *																				

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos					Número certificado de nacido vivo				
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *					23119510728237 * *				

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos									
POSADA OROZCO YULY ASTRID * * * * *									
Documento de identificación (Clase y número)					Nacionalidad				
CC No. 1047970495 * * * * *					COLOM L A * * * * *				

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos									
MONTES OROZCO JORGE IVAN * * * * *									
Documento de identificación (Clase y número)					Nacionalidad				
CC No. 1044502746 * * * * *					COLOMBIA * * * * *				

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos									
MONTES OROZCO JORGE IVAN * * * * *									
Documento de identificación (Clase y número)					Firma				
CC No. 1044502746 * * * * *					JORGE IVAN M				

Datos primer testigo

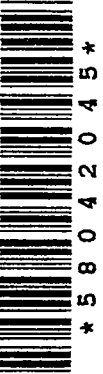
Apellidos y nombres completos									
* * * * *									
Documento de identificación (Clase y número)					Firma				
* * * * *					* * * * *				

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos									
* * * * *									
Documento de identificación (Clase y número)					Firma				
* * * * *					* * * * *				

Fecha de inscripción					Nombre y firma del funcionario que autoriza																							
Año		2		0		2		3		Mes		N		O		V		Día		1		5		SABINO ALFONSO CABALLERO VILLAMIL				
										Nombre y firma																		

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1.047.970.495
 POSADA OROZCO
 APELLIDOS: JULY ASTRID
 NOMBRES: JULY ASTRID POSADA OROZCO DE

ICA DE MBIA



FECHA DE NACIMIENTO: 04-JUL-1994
 SONSON (ANTIOQUIA)
 LUGAR DE NACIMIENTO: 1.57 B+ F
 ESTATURA: 1.57 G.S. RH: B+ SEXO: F
 10-AGO-2012 SONSON
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION: 10-AGO-2012 SONSON

INDICE DERECHO:



REGISTRADOR NACIONAL
CAROL ORLANDO SANCHEZ TORRES



F-0126200-00407517 F-1047970495-20121025 0031491450A 38811685

Solicitud de citas

Tu cita ha sido Programada correctamente.

Fecha de la cita:

24-02-2025

Hora de la cita:

02:40 p. m.

Modalidad de la atención:

PRESENCIAL

Nombre del afiliado:

MARIA JOSE MONTES POSADA

Nombre del profesional:

Mussatye Elorza Parra

Nombre de la sede:

INSTITUTO COLOMBIANO DEL
DOLOR SAS CR 49 14 - 30

Nombre de los servicios:

CONTROL ESPECIALISTA EN
CUIDADOS PALIATIVOS

Se solicita control por consulta externa en 2 meses se envia
mensaje de wpp inf. cita/reprogramada con madre



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58042045

NLMP 1036268888

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notario ☐ Notario ☐ Número ☐ Consulado ☐ Correo ☐ Inspección de Policía ☐ Código B 2 W

COLOMBIA - ANTIOQUIA - RIONEGRO NOTARIA 2 RIONEGRO

Datos del inscrito

Primer Apellido MONTES Segunda Apellido POSADA

MAPLAUCSE

Fecha de nacimiento Mes 02 Año 1995 Sexo FEMENINO Grupo sanguíneo B Factor Rh POSITIVO

COLOMBIA - ANTIOQUIA - RIONEGRO

Tipos de documento correspondiente a Documento de Registro Número certificado de nacimiento 23119510728237

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Datos Generales y Datos de Registro (Para casos de nacimiento en el extranjero, indicar el país de nacimiento y el país de registro, así como el país de origen del niño)

COLOMBIA - ANTIOQUIA - RIONEGRO

Documento de identificación (Clase y número) No. 1047970499 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de padres (Para casos de nacimiento en el extranjero, indicar el país de nacimiento y el país de registro, así como el país de origen del niño)

MONTES GROSZO JORGE IVAN

Documento de identificación (Clase y número) No. 1045572746 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del suplente

MONTES GROSZO JORGE IVAN

Documento de identificación (Clase y número) No. 1044502746 Firma J. Iván Groszo

Datos primer testigo

Firma y nombre del testigo

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Firma y nombre del testigo

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción Mes 02 Año 1995

Nombre y firma del funcionario que suscribe el documento SABINO ALONSO GARCIA

Reconocimiento por parte del funcionario ante quien se hace el registro SABINO ALONSO GARCIA

Firma y nombre del funcionario ante quien se hace el registro SABINO ALONSO GARCIA

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: L.V. NO. 284 TOMO 61. 15/11/2023

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

Documento de identificación (Clase y número)

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

Documento de identificación (Clase y número)

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

Documento de identificación (Clase y número)

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

Documento de identificación (Clase y número)

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

Documento de identificación (Clase y número)

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

Documento de identificación (Clase y número)

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

Documento de identificación (Clase y número)

Firma y nombre del funcionario que suscribe el documento

SEÑOR USUARIO LA SEDE SERA CONFIRMADA UN DIA ANTES DE LA CITA.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para cumplir con las cita asignada:
En caso de serle asignada una cita virtual, no olvide la hora asignada, tenga presente que debe contar con medios como: teléfono fijo o celular ..Tener a la mano resultados de exámenes que le hayan sido enviados por su médico.

Recuerde hacer la consulta de sus dudas e inquietudes.

Para que le puedan ser enviados la copia de la historia clínica, órdenes médicas, formulas entre otros debe contar con una dirección de correo electrónico en caso contrario debe reclamarlos en el área de archivo clínico de lunes a viernes de 7:00am – 5:30pm

Si por algún motivo su cita es presencial tenga en cuenta que debe presentarse a las instalaciones de INCODOL en la sede que se le haya asignado la cita con 40 minutos de anticipación.

Antes de ingresar debe presentarse donde se le indique para realizar en tamizaje de síntomas relacionados con COVID -19 y poder brindarle una atención segura.

No se permite el ingreso de acompañantes, no debe traer niños a la consulta, en caso de hacerlo no se permitirá el ingreso de éstos a las instalaciones.

Si presenta inconvenientes para cumplir con la cita asignada debe cancelarla mínimo con una hora de anticipación.

Si presenta síntomas como: tos, fiebre, dificultad para respirar, dolor o ardor en la garganta ó ha estado en contacto los últimos 15 a 20 días con una persona sospechosa o confirmada para COVID 19 no debe asistir a las instalaciones de la clínica.

Se debe asistir a la cita siempre debe portar en todo momento tapabocas cubriendo su nariz y boca, así como hacerse higiene de manos antes de ingresar y al salir.

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756012481000000260

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIAJOSE

Apellidos: MONTES POSADA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1036268056

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/12/2018

Última actualización ciudadano:

18/11/2023

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

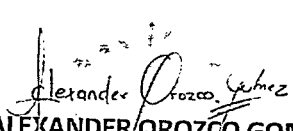
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- Medellín
2	Dos	Medellín - Sonsón

FECHA: 24 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Martha Cecilia Valencia Marín C.C.43.457.384

Emigdio de Jesús Gallego Gómez C.C. 70.721.911

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 No. 58-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz Zapata"
Teléfono: +57(4)869.4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.457.384

VALENCIA MARIN

APELLIDOS

MARTHA CECILIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1967

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O-

G.S. RH

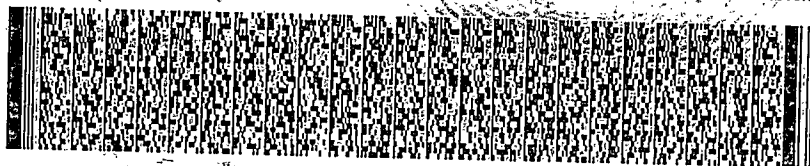
F

SEXO

15-MAY-1987 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00241629-F-0043457384-20100617

0022294487G 1

33140856

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.721.911

GALLEGO GOMEZ

APELLIDOS

EMIGDIO DE JESUS

NOMBRES

Emigdio Gallego
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1960

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A-

G.S. RH

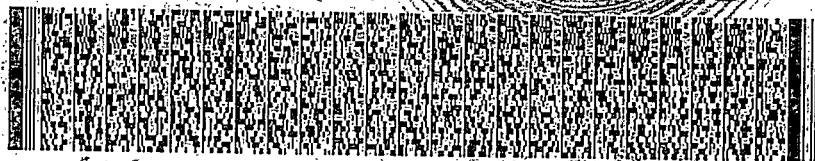
M

SEXO

30-OCT-1979 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00210156-M-00707219-11-20100122

0020212744A 1

29513094

		E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			
		Nit: 890.980.003-5			
HISTORIA CLINICA DE: REVISION		Atencion:		111	
		Fecha:		Ene.23/2025	
Nombre:	VALENCIA MARIN MARTHA CECILIA	Edad:	57 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3217146720	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	43457384	Id:	CC	43.457.384	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	09:29		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

ANAMNESIS

Observaciones: PACIETE VISTA EL15/01/2025, EN CONSULTA DE ADULTEZ GENERAL, DONDE REGISTRÓ: "PACIENTE QUEN A LA VALORACION MEDICA SE EVIDENCIA COMO HALLAGO PATOLOGICO DILATAION VARICOSA GRADO 3 DESDE ZONA POPLITEA DERECHA HASTA DORSO DE CUELLO DE PIE DEECHRO GADO 2 EN REGION DE PIERNA IZQUIERDA . SENSIBILIDAD CONSERVADA PERFUSION POSITIVA RESTO DENTRO DE LO NORMAL

SE REVISIA HISTORIA CLINICA Y SE EVALUA PRACLINICOS PERFIL LIPIDICO DE MAYO.2024 CON HIPERLIPIDEMIA MIXTA CON LDL NO OPTIMA SIN MEDICACION HIPOLIPEMIANTE SOLICITO CONTROL SE DA EDUCACION SOBRE CANCER MAMRIO, CANCER UTERINO SE EXOLICA SIGNOS Y SINTOMAS SE SOLICITAN PARACLINICOS SEGUN RESOLUCION3280 SE DA FORMULA MEDICA DE USO CONTINUO" AHORA ASISTE A REVIZION DE EXAMERNS, ASI:

1.E.K.G.:

-RITMO SINUSAL.

-FC:60L/mto.

-NO HAY ONDAS ISQUEMIA RECIENTE (T),,NI ANTIGUAS (P).

2.DE LABORARTORIO(16/01/2025,ASI:

QUIMICA

282.12 mg/dl Colesterol Total

Hasta 200 Optimo :

201 - 240 Moderado:

> 240 Elevado :

Observaciones

Validación: 16/01/2025 12:55:02

0.90 mg/dl Creatinina

0.9 - 1.3 Hombres:

0.6 - 1.1 Mujeres :

Observaciones

Validación: 16/01/2025 12:55:04

83.73 mg/dl 60 - 110 Glucosa

Observaciones

Validación: 16/01/2025 12:55:06

49.60 mg/dl Colesterol de Alta Densidad - HDL

Hombres Mujeres

> 50 > 60 Riesgo Menor :

35-50 45-60 Riesgo Normal :

< 35 < 45 Riesgo Elevado:

Colesterol de Baja Densidad - LDL 201.83 mg/dl 0 - 100

Colesterol de Muy Baja Densidad - VLDL 30.69 mg/dl 10 - 40

Observaciones

Validación: 16/01/2025 12:54:59

153.43 mg/dl Triglicéridos

40 - 160 Hombres :

35 - 135

3 .DE LABORATORIO(20/01/2025):

SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)

Técnica Estudio: Anticuerpos monoclonales

Sangre Oculta en Materia Fecal

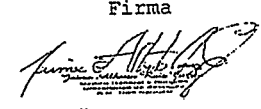
(Hemoglobina Humano EspecífcaaeIAA

Negativo

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Pagina: 1 de 2 Imprime: BEAGIR	Medico:RUIZ CORREA JAIME ALBERTO	Firma 
Fecha Sistema:22/02/2025 Hora:12:20:22	Cedula: 71.602.238 Registro:	



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Nit: 890.980.003-5

HISTORIA CLINICA DE:
REVISION

Atencion: 111

Fecha: Ene.23/2025

Nombre:	VALENCIA MARIN MARTHA CECILIA	Edad:	57 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3217146720	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	43457384	Id:	CC	43.457.384	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	09:29		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA				

Diagnostico: Dx.Principal: Z098-EXAMEN DE SEGUIMIENTO CONSECUTIVO A OTRO TRATAMIENTO POR OTR, Dx.Relacionado1: Z108-OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOB, Dx.Relacionado2: E782-HIPERLIPIDEMIA MIXTA, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 676054 - Ene.23/2025

1. ATORVASTATINA 40 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR TABLETA VIA ORAL EN LA NOCHE, 1 HORA O MÁS , LUEGO DE LA COMIDA..

Observaciones: MEDICAMENTOS POR 3 MESES.

RECOMENDACIONES - W10 945494 - Ene.23/2025

1. ASISTIR AL PROXIMO CONTROL INDICADO, TOMAR LA MEDICACION A DIARIO SIN SUSPENDER HASTA NUEVA ORDEN
2. DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASA: CHICHARRON, MANTECA, CARNES FRIAS, GORDOS, FRITOS, HUEVO. CONTROLAR EL CONSUMO DE HARINAS, DULCES Y SAL.
3. PREPARAR LOS ALIMENTOS ASADOS, COCIDOS O AL VAPOR. USO DE LECHE DESCREMADA, QUESOS BAJOS EN GRASA TIPO CUAJADA, HARINAS INTEGRALES, PRODUCTOS BAJOS EN COLESTEROL.
4. AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA, ALIMENTOS COMO EL AGUACATE, NUECES, MANI SIN SAL, ACEITUNAS, ACEITE DE OLIVA.
5. CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA: DOLOR INTENSO OPRESIVO EN EL PECHO, PARALISIS O ENTUMIAMIENTO DE PARTE DEL CUERPO, PERDIDA SUBITA DE VISION, DOLOR DE CABEZA INTENSO.

Pagina: 2 de 2 Imprime: BEAGIR	Medico:RUIZ CORREA JAIME ALBERTO	Firma
Fecha Sistema:22/02/2025 Hora:12:20:22	Cedula: 71.602.238 Registro:	



ANEXO TÉCNICO No. 4

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

NUMERO DE AUTORIZACION: 28150981

FECHA: 2025-01-28

HORA: 02:18

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177	
Código	050010808601		Telefono 1	6044447192	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2		
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
VALENCIA		MARIN		MARTHA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		CECILIA			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	43457384		Fecha de nacimiento
1967-09-24		Dirección de Residencia Habitual		VEREDA SAN JOSE LAS CRUCES	
Teléfono		6040001000			
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Telefono celular	3137630884		Correo electrónico		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina General (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	872 - Insuficiencia venosa (cronica) (periferica)	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890240	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR			
Observación	PACIENTE FEMENINA DE 57 AOS R v				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	22431660		Fecha	2025-01-20	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			570	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	Exento cobro	0.00		0.00 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mroldanp (MAGNOLIA ROLDAN PADILLA)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



REPUBLICA DE COLOMBIA

Resolución 003047 14 AGO 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME: W93
297432

Fecha:

Ene.15/2025

Hora:

09:14

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Código: 057560239401

Nit: 890.980.003-5

Dirección: CALLE 16 No 7-151

Teléfono: 8695050

Fax: 8695050

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA
(PAGADOR): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA -SA

Código: EPSS40

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: VALENCIA

2do. Apellido: MARIN

1er Nombre: MARTHA

2do. Nombre: CECILIA

Tipo de Documento: CEDULA

No. Documento: 43.457.384

Fecha de Nacimiento: Sep.24/1967

Edad: 57 Años

Sexo: FEMENINO

Dirección Residencia: VEREDA SAN JOSÉ LAS CRUCES

Teléfono: 3217146720

Departamento: ANTIOQUIA

Código: 05

Municipio: SONSON

Código: 756

Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-0

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Servicios
solicitados: SERVICIOS ELECTIVOS

Prioridad de la atención: PRIORITARIA

Servicio: NO EXISTE **

Ubicación del paciente al momento de
la solicitud de autorización.

CONSULTA EXTERNA

Cama:

Manejo Integral Según Guía:

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890240	1	CONSULTA ESPECIALIZADA POR CIRUGIA VASCULAR

Justificación Clínica:

PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS RESIDENTE EN VEREDA SAN JOSE LAS CRUCES CASADA 4 HIJOS
ANTECEDENTE HIPOTIROIDISMO MANEJO 100 MCG/ DIA LUNES A JUEVES , 150 MCG/DIA VIERNES , SABADO Y DOMINGO
PENDIENTE AUTORIZACION PARA VALORACION POR ORTOPEDIA POR ARTROSIS RODILLA DERECHA
MANIFIESTA DILATACION VARICOSA DE GRAN TAMAÑO EN AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES YA CON DOPLER VENOSO DE MIEMBROS
INFERIORES TOMADO EL DIA 11.01.2025 MAS NO TRAE REPORTE DEL MISMO

PACIENTE QUE A LA VALORACION MEDICA SE EVIDENCIA
COMO HALLAGO PATOLOGICO DILATACION VARICOSA GRADO 3 DESDE ZONA POPLITEA DERECHA HASTA DORSO DE CUELLO DE PIE
DEECHO
GADO 2 EN REGION DE PIERNA IZQUIERDA . SENSIBILIDAD CONSERVADA PERFUSION POSITIVA
RESTO DENTRO DE LO NORMAL

SE REVISIA HISTORIA CLINICA Y SE EVALUA PRACLINICOS PERFIL LIPIDICO DE MAYO.2024 CON HIPERLIPIDEMIA MIXTA CON LDL NO OPTIMA
SIN MEDICACION HIPOLIPEMIANTE SOLICITO CONTROL
SE DA EDUCACION SOBRE CAMCER MAMRIO, CANCER UTERINO SE EXOLICA SIGNOS Y SINTOMAS
SE SOLICITAN PARA CLINICOS SEGUN RESOLUCION3280
SE DA FORMULA MEDICA DE USO CONTINUO

Diagnostico principal: INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)

Código CIE10: I872

Diagnostico relacionado 1: ** NO PRESENTA **

Código CIE10:

Diagnostico relacionado 2: ** NO PRESENTA **

Código CIE10:

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta: BILBAO BARRAZA TATIANA PATRICIA

Teléfono: 8695050

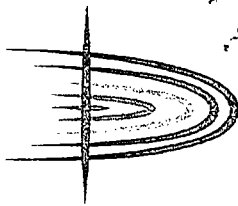
Registro Médico: 32760762

Teléfono Celular:

Cargo o Actividad: MEDICO GENERAL

Firma

18 ENE 2025



Dr. Dicson Echavarría Alzate.
Médico Radiólogo UCMH
Médico y Cirujano U de A
Reg. 5-0308-00

diagnosticandoimagenes@gmail.com

Calle 50 # 50 - 56 (Bello-Ant)
6045994090 - 3044904686

NOMBRE: MARTHA CECILIA VALENCIA MARIN	FECHA: 11 DE ENERO DE 2025
DOCUMENTO: 43457384	

ECO-DOPPLER VENOSO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO

TÉCNICA:

Mediante técnica triplex (color, espectro y escala de grises) se evalúa el sistema venoso superficial y profundo de miembro inferior DERECHO encontrando los siguientes hallazgos:

El paciente es valorado en decúbito con medidas compresivas.

No hay evidencia de trombos en los sistemas venosos superficiales y profundos.

Sistema venoso superficial:

Se observa competencia venosa de la unión safenofemoral.

La vena safena mayor se encuentra competente en todo su recorrido, presentando un diámetro en el eje axial de 8.2 mm.

Se identifica colateral insuficiente a 35 cm del maléolo medial, transcurriendo por la cara medial de la pierna.

La vena safena menor es competente, midiendo 1.7 mm.

Sistema venoso profundo:

No hay perforantes insuficientes.

Las estructuras venosas profundas principales son valoradas en todo su trayecto siendo estas competentes.

CONCLUSIÓN:

Insuficiencia venosa colateral descrita.

DR. DICSON ECHAVARRIA ALZATE
MÉDICO RADÍÓLOGO
UCMH (Cuba)
U de A
REG: 5-0308-00

Fecha de consulta:

Registro válido

Ficha:

03/04/2025

05756003480900000098

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA CECILIA

Apellidos: VALENCIA MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 43457384

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/12/2023

Última actualización ciudadano:

19/12/2023

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

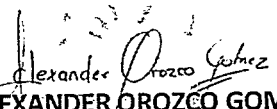
CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja

FECHA: 24 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Wuilver Ocampo Loaiza C.C. 1.007.609.047

Maria Luz Alba Loaiza Carmona C.C. 43.462.396

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfonos: +57 (4) 869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.609.047

Ocampo Loaiza

APELLIDOS
WILVER

NOMBRES

Wilver Ocampo
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-2000

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-AGO-2018 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-0126200-01035820-M-1007609047-20180905 0062503734A 51169805

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 43.462.369

LOAIZA CARMONA

APELLIDOS

MARIA LUZ ALBA

NOMBRES

Luz Alba Loaiza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1978

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

04-DIC-1998 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0100100-00263603-F-0043462369-20101104

0024666270A 1

35052276

**CLINICA SAN JUAN DE DIOS**

890905154 -

RHsClxFch

Pag: 1 de 3

Fecha: 18/02/25

G. etareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1007609047 -- WUILVER OCAMPO LOAIZA**

Empresa: AXA SEGUROS COLPATRIA S.A. SOAT TOPE \$11.159 Afiliado: SOAT

Fecha Nacimiento: 12/08/2000 Edad actual : 24 AÑOS

Sexo: Masculino

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3217262247

Dirección:

CLL 3 10 36

Barrio: BARRIO DE SONSON

Departamento:

ANTIOQUIA

Municipio: SONSON

Grupo Etnico:

Etnia: Ninguno de los anteriores

Atención Especial: OTROS

Nivel Educativo: No Definido

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

Discapacidad: Ninguna

Ocupacion: NO APLICA

Responsable: LUZ ABA LOAIZA CARMONA

Teléfono: 3217262247

Parentesco: Padre o Madre

Acompañante: ND

Teléfono: 0

SEDE DE ATENCIÓN: 011

CLINICA SAN JUAN DE DIOS

Edad : 24 AÑOS

FOLIO

44

FECHA 18/02/2025 14:43:56

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

cirugía maxilofacial

paciente quien sufre accidente de tránsito en calidad de motociclista al perder el control en una carretera destapada, sufre trauma en cara y extremidades

paciente alerta, buenas condiciones generales, orientado en 3 esferas, tolerando vía oral, no náuseas, no vómito, hemodinámicamente estable.

clínicamente edema facial en hemicara derecha, equimosis periorbitaria derecha, agudeza visual y movilidad ocular conservada a cuenta dedos, pérdida de la proyección malar derecha, maloclusión dental, trismus mandibular

facia:

- * fractura malar derecha con gran desplazamiento
- * fractura arco cigomático derecho multifragmentado
- * compresión orbital por desplazamiento de fragmentos
- * fractura pared lateral orbital
- * fractura piso orbital
- * fractura reborde infraorbitario
- * fractura seno maxilar derecho
- * fractura apófisis pterigoides
- * fractura Le Fort II

plan: paciente quien sufre accidente de tránsito en calidad de motociclista, presenta fracturas en cara que requieren manejo quirúrgico una vez disminuya el edema

se programa para reducción abierta de fracturas en cara para el día martes 25 de febrero

se da de alta temporal

se aclaran dudas a paciente y mamá

Evolución realizada por: RODRIGO ARTURO ECHEVERRI RODRIGUEZ-Fecha: 18/02/25 14:44:11

FORMATOS**AUTORIZACION**

Autorizo al Dr. Rodrigo A. Echeverri R

y a los asistentes de su elección, para realizar en mí o en el paciente Wilver Ocampo Loaiza

la intervención quirúrgica reducción abierta fracturas en cara

RIESGOS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: LAQUINTERO

**CLINICA SAN JUAN DE DIOS**

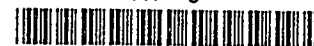
890905154 -

RHsClxFch

Pag: 3 de 3

Fecha: 18/02/25

G.etareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1007609047 -- WUILVER OCAMPO LOAIZA****Empresa:** AXA SEGUROS COLPATRIA S.A. SOAT TOPE \$11.159 **Afiliado:** SOAT**Fecha Nacimiento:** 12/08/2000 **Edad actual :** 24 AÑOS**Sexo:** Masculino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Soltero**Teléfono:** 3217262247**Dirección:**

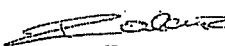
CLL 3 10 36

Barrio: BARRIO DE SONSON**Departamento:**

ANTIOQUIA

Municipio: SONSON**Grupo Etnico:****Etnia:** Ninguno de los anteriores**Atención Especial:** OTROS**Nivel Educativo:** No Definido**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Discapacidad:** Ninguna**Ocupacion:** NO APLICA**Responsable:** LUZ ABA LOAIZA CARMONA**Teléfono:** 3217262247**Parentesco:** Padre o Mad**Acompañante:** ND**Teléfono:** 0**OBSERVACIONES****RESULTADOS :**

Ibuprofeno 400mg = $\frac{1}{8h} = 15$
Acetaminofen 500mg = $\frac{2}{8h} = 30$


CC: 71373830

RODRIGO ARTURO ECHEVERRI RODRIGUEZ

Reg. 5255207

CIRUGIA MAXILOFACIAL



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpor1
Pag: 2 de 15
Fecha: 18/02/25

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1007609047	G. Etareo 6	Edad 24 AÑOS
Cedula 1007609047	WUILVER OCAMPO LOAIZA	Sexo Masculino
INGRESO Fec: 14/02/2025 14:45:46	EGRESO Fec: / / 00:00:00	
Atn. Ingreso TRIAGE	Atn. Egreso TRIAGE	

Pabellon Evolución: 1 URGENCIAS

REVISION POR SISTEMAS

C. EXAMEN FISICO, PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCION

CABEZA Y ORAL: Al examen físico en buenas condiciones generales, consciente, orientado, hidratado, afebril.

SV: FC: 52 bpm, FR: 18 rpm, SAT: 100% al ambiente, PA: 120/77

CyC: Mucosas húmedas y rosadas, pupilas isocóricas normoreactivas, esferas amictéricas, cuello móvil, sin masas ni adenomegalias, no ingurgitación yugular. Se evidencia marcado edema en hemisfera derecha, con equimosis en párpado inferior derecho, se observa edema en labio superior, con laceraciones superficiales en mucosa interna de ambos labios. Se palpa hematoma subgaleal parietal derecho, sin deformidad ni crepitación. Hay dolor a la palpación de región cigomática derecha y rama mandibular derecha, con dolor a la palpación en articulación temporomandibular derecha.

CP: Expansión simétrica, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, peristaltismo positivo.

Extremidades: Sin edemas, llenado capilar menor de 2 seg, fuerza conservada, ROT normales.

SNC: Sin déficit motor ni sensitivo, no focalización neurológica. Glasgow: 15/15

Piel: Laceración superficial en dorso de mano derecha y ambas rodillas.

Realizada por: 38600 KATHERINE OCAMPO HERNANDEZ Especialidad

14/02/2025 15:41:39

EVOLUCION SOAP MEDICO

ANALISIS

Paciente masculino en la tercera década de la vida, sin antecedentes de relevancia clínica, quien ingresa en traslado no regulado del municipio de Sonsón donde consultó en luego de sufrir trauma en cara y cráneo secundario a accidente de tránsito, manejado en primer nivel con pobre modulación del dolor. En el momento hemodinámicamente estable, con edema en cara, dolor intenso a la palpación, hematoma en región parietal derecha, cardiopulmonar normal, abdomen normal, mano y rodillas con laceraciones superficiales, sin signos de fracturas, sin déficit ni focalización neurológica. Paciente con trauma en cara y cráneo, se ingresa para manejo médico y se solicitan imágenes para descartar lesiones óseas o intracraneales.

Se definirá manejo según evolución y resultados.

Se explica a la paciente, quien refiere entender y aceptar.

Realizada por: 38600 KATHERINE OCAMPO HERNANDEZ Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha: 14/02/25 15:40

EVOLUCIONES

Realizada por: 38600 KATHERINE OCAMPO HERNANDEZ Especialidad MEDICINA GENERAL

14/02/2025 19:18:33

Evolución médica

Paciente masculino de 24 años, con diagnóstico de:
1. TEC leve de alto riesgo

7.0 "HOSVITAL"

Usuario: LAQUINTERO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpor1
Pag: 1 de 15
Fecha: 18/02/25

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1007609047	G. Etareo 6	Edad 24 AÑOS
Cedula 1007609047	WUILVER OCAMPO LOAIZA	Sexo Masculino
INGRESO Fec: 14/02/2025 14:45:46	EGRESO Fec: / / 00:00:00	
Atn. Ingreso TRIAGE	Atn. Egreso TRIAGE	

Pabellon Evolución: 1 URGENCIAS

2. DIAGNOSTICOS

Dx Ingreso S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

Dx Salida S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

Dx Egreso 1 S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICADO

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y/O ESPECIALES

4. EGRESO

CONDICIONES DEL USUARIO AL SAIR

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO - MOTIVO DE CONSULTA

"Un accidente de tránsito"

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO - ENFERMEDAD ACTUAL

URGENCIAS

Paciente masculino de 24 años, residente en Sonsón, trabaja en agricultura, soltero, sin hijos, independiente para su ABC básico y avanzado.

Fuente de la historia: Paciente e historia clínica

En compañía de madre: Luz Alba Loaiza

ANTECEDENTES

- Patológicos: Niega
- Farmacológicos: Niega
- Quirúrgicos: Osteosíntesis quinto metacarpo, osteosíntesis cuarto dedo mano izquierdo
- Alérgicos: Niega
- Toxicológicos: Cigarillo ocasional, THC diario mañana y noche, niega otros

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere hoy en horas de la mañana sufre accidente de tránsito en calidad de conductor de motocicleta mientras se movilizaba por carretera destapada, pierde el control del vehículo al resbalar en terreno pedregoso, sufriendo trauma en hemisfera derecha. Relata portaba casco pero este se partió en el impacto. Relata luego de caer del vehículo no recuerda nada más hasta que un amigo lo auxilió. Consultó inicialmente a hospital local de Sonsón donde iniciaron manejo analgésico con tramadol y dipirone, sin mejoría, presentó episodios eméticos, manejados con ondansetrón, ante persistencia de síntomas y pobre control del dolor decidieron traslado primario para toma de imágenes. Paciente en el momento refiere dolor en hemisfera derecha intenso, con limitación para apertura oral, cefalea hemisférica derecha, opresión retro ocular y con sensación de mareo que empeora con los cambios de posición. Refiere además leve dolor en mano derecha y ambas rodillas. Niega náuseas, otros traumas, dolor abdominal, dificultad respiratoria y otra sintomatología.

7.0 "HOSVITAL"

Usuario: LAQUINTERO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpici1
Pag: 6 de 15
Fecha: 18/02/25

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1007609047 G. Etareo 6 Edad 24 AÑOS
Cedula 1007609047 WUILVER OCAMPO LOAIZA Sexo Masculino

INGRESO Fec: 14/02/2025 14:45:48 EGRESO Fec: / / 00:00:00
Atn. Ingreso TRIAGE Atn. Egreso TRIAGE

Pabellon Evolución: 1 URGENCIAS

ni extra-axial. Fosa posterior sin alteraciones. Fractura lineal no desplazada que compromete la superficie anterior, lateral y el piso del seno maxilar derecho asociado a ocupación del seno maxilar en aproximadamente un 60-70% en relación con hemiseno. Edema de los tejidos blandos peri-orbitarios. Hay fractura lineal y angulada que compromete el complejo cigomático maxilar derecho. No hay compromiso del receso naso-órbito-etmoidal.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NO HAY ESTIGMAS DE TRAUMA INTRA-CRANEAL
MÚLTIPLES FRACTURAS DE LOS HUESOS DE LA CARA DESCRITAS CON COMPROMISO DEL SENOS MAXILAR DERECHO Y EXTENSIÓN HACIA EL COMPLEJO CIGOMÁTICO MAXILAR IPSILATERAL.

**TAC DE CARA SIMPLE

HALLAZGOS: Trazo de fractura lineal no desplazada que compromete la pared lateral de la órbita derecha. Trazo de fractura lineal desplazada que compromete el techo y la pared lateral del seno maxilar derecho el cual presenta ocupación de aproximadamente el 75% por material hemático en su interior en relación con hemiseno. Hay integridad del piso y la pared medial de la órbita. No se identifican trazos de fractura que se extiendan y comprometan el complejo naso-órbito-etmoidal. Fractura con minuta desplazada que compromete el arco cigomático derecho con alteración del complejo cigomático maxilar. Ambos arcos mandibulares se encuentran congruentes sin evidencia de trazos de fractura que comprometan los arcos mandibulares. Hay trazo de fractura lineal no desplazada que compromete el brazo lateral de la apófisis pterigoides derecha. Huesos propios de la nariz de apariencia normal. Hay fractura lineal no desplazada que compromete el tabique nasal. Los diferentes cornetes nasales y meatos se encuentran permeables sin lesiones. Leve engrosamiento mucoso que compromete ambos senos frontales y el seno maxilar izquierdo. No se identifica trazo de fractura de los diferentes componentes óseos de la columna cervical. Celdillas mastoideas sin alteraciones. Lo visualizado de ambos conductos auditivos son normales. Edema y enfema de los tejidos blandos peri-orbitarios derechos.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

FRACTURA CON MINUTA QUE COMPROMETE EL TECHO Y LA PARED LATERAL DEL SENOS MAXILAR DERECHO CON EXTENSIÓN Y COMPROMISO DEL REBORDE LATERAL DE LA ÓRBITA Y EL COMPLEJO CIGOMÁTICO MAXILAR IPSILATERAL.
FRACTURA LINEAL NO DESPLAZADA QUE COMPROMETE EL BRAZO LATERAL DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES DERECHA.

Realizada por: 38814 SARA ISABEL HERNANDEZ ESCOBAR Especialidad MEDICINA GENERAL

18/02/2025 18:10:54

Medicina general / Médico hospitalario
Wuilver, paciente de 24 años.

Diagnósticos:
TEC leve de alto riesgo

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: LAQUINTERO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpici1
Pag: 6 de 15
Fecha: 18/02/25

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1007609047 G. Etareo 6 Edad 24 AÑOS
Cedula 1007609047 WUILVER OCAMPO LOAIZA Sexo Masculino

INGRESO Fec: 14/02/2025 14:45:46 EGRESO Fec: / / 00:00:00
Atn. Ingreso TRIAGE Atn. Egreso TRIAGE

Pabellon Evolución: 1 URGENCIAS

derecha, con equimosis en párpado inferior derecho, se observa edema en labio superior, con laceraciones superficiales en mucosa interna de ambos labios. Se palpa hematoma subgaleal parietal derecho, sin deformidad ni crepitación. Hay dolor a la palpación de región cigomática derecha y rama mandibular derecha, con dolor a la palpación en articulación temporomandibular derecha.
C/P: Expansión simétrica, murmullo vesicular conservado sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos.
Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, peristaltismo positivo.
Extremidades: Sin edemas, llenado capilar menor de 2 seg. fuerza conservada, ROT normales.
SNC: Sin déficit motor ni sensitivo, no focalización neurológica. Glasgow: 15/15
Piel: Laceración superficial en dorso de mano derecha y ambas rodillas

Wuilver, 24 años, con antecedentes y diagnósticos anotados, encuentro paciente tranquilo, colaborador, al examen físico signos vitales dentro de rangos de normalidad, a la exploración con hallazgos previamente descritos. Paciente en el momento con estabilidad hemodinámica, sin deterioro de estado de conciencia. Lectura de imágenes con múltiples fracturas faciales en hemisera derecha. Tiene pendiente valoración por especialista en maxilofacial, especialidad que no permanece en la unidad, por lo anterior, se inicia proceso de remisión a institución que cuente con dicha especialidad, en el momento no se adicionan conductas, se explica al paciente y su familiar conducta a seguir, dicen entender y aceptar.

Plan:
Continúa hospitalizado
Dieta blanda/líquida (según tolerancia)
Continúa igual manejo farmacológico
Se inicia proceso de remisión
Vigilar signos vitales
Avisar cambios
Gracias

18/02/2025

Imágenes:
**TAC DE CRÁNEO SIMPLE
HALLAZGOS:

La línea media se encuentra centrada. Adecuada diferenciación entre la sustancia gris y la sustancia blanca. No encuentro áreas de isquemia aguda ni de hemorragia. No hay colección intra

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: LAQUINTERO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpici1
Pag: 10 de 15
Fecha: 18/02/25

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1007609047
Cedula 1007609047 WUILVER OCAMPO LOAIZA
INGRESO Fec: 14/02/2025 14:45:48 EGRESO Fec: / / 00:00:00
Atn. Ingreso TRIAGE Atn. Egreso TRIAGE

Pabellon Evolución: 1 URGENCIAS

paciente alerta, buenas condiciones generales, orientado en 3 esferas, tolerando vía oral, no náuseas, no vómito, hemodinámicamente estable.

clínicamente edema facial en hemisfera derecha, equimosis periorbitaria derecha, agudeza visual y movilidad ocular conservada a cuenta dedos, pérdida de la proyección malar derecha, maloclusión dental, bismas mandibular

lao cara:

- * fractura malar derecha con gran desplazamiento
- * fractura arco cigomático derecho multifragmentado
- * compresión orbital por desplazamiento de fragmentos
- * fractura pared lateral orbital
- * fractura piso orbital
- * fractura reborde infraorbitario
- * fractura seno maxilar derecho
- * fractura apófisis pterigoides
- * fractura lefort II

plan: paciente quien sufre accidente de tránsito en calidad de motociclista, presenta fracturas en cara que requieren manejo quirúrgico una vez disminuya el edema se programa para reducción abierta de fracturas en cara para el día martes 25 de febrero se da de alta temporal se aclaran dudas a paciente y mama

PLAN Y MANEJO

Observación

Morfina 3 mg + 100 CC de SSN
Difenhidramina 50 mg + 100 CC de SSN
TAC de cara y cráneo
Avisar cambios

(Gracias)

Realizada por: 38600 KATHERINE OCAMPO HERNANDEZ Especialidad: MEDICINA GENERAL - Fecha: 18/02/2025 14

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNOSTICO

Cont. Descripción Observaciones
1 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE
Fecha de Orden: 14/02/2025
PROCEDIMIENTO: TAC DE CRÁNEO SIMPLE

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: LAQUINTERO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REpici1
Pag: 9 de 15
Fecha: 18/02/25

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1007609047
Cedula 1007609047 WUILVER OCAMPO LOAIZA
INGRESO Fec: 14/02/2025 14:45:48 EGRESO Fec: / / 00:00:00
Atn. Ingreso TRIAGE Atn. Egreso TRIAGE

Pabellon Evolución: 1 URGENCIAS

FRACTURA LINEAL NO DESPLAZADA QUE COMPROMETE EL BRAZO LATERAL DE LA APOFISIS PTERIGOIDES DERECHA.

EXÁMEN FÍSICO:

Se revisa paciente con todos los implementos de seguridad y previo lavado de manos en los 5 momentos según OMS y política seguridad del paciente institucional.

Paciente en aceptables condiciones generales, orientado en las 3 esferas, hidratado, afebril, colaborador. Signos vitales: PA: 101/75 mmHg. FC: 75 Lpm. Fr: 18 Rpm. SaO2: 96 %. T: 36.0 °C.

Normocefalo, escleras anictéricas, pupilas isocóricas normorreactivas, sin eritema conjuntival, sin exudado. Edema y equimosis periorbitaria derecha, edema en labio superior. excoartraciones en proceso de cicatrización.

Dolor a la palpación en región cigomática derecha y mandíbula derecha, ATM.

Cuello móvil, no doloroso, sin adenopatías. Sin rigidez cervical, sin ingurgitación yugular.

Tórax Normoexpansible. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, sin S3

Murmulo vesicular conservado sin sobrasagados patológicos

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo presente y normal.

Eutrofico, sin limitación funcional, arcos de movimiento completos. Sin edema en miembros inferiores, llenado capilar menor a 2 segundos.

Sin lesiones en piel, ni heridas.

Alerta, orientado, colaborador, sin déficit sensitivo ni motor. Marcha normal.

ANÁLISIS Y PLAN:

Paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes relevantes. Hospitalizado en contexto de Fracturas en cara descritas, secundarias a accidente de tránsito. En el momento con dolor modulado. Niega otros. Tiene pendiente valoración por cirugía maxilofacial. Al examen físico encuentro paciente en aceptables condiciones generales, tranquilo, estable hemodinámicamente, afebril e hidratado, sin sangrado activo. Debe continuar manejo intramural para manejo del dolor, tiene pendiente proceso de remisión a mayor nivel de complejidad con disponibilidad de la especialidad o esperar de valoración intramural el día de mañana. Quedo atento a la evolución clínica del paciente. Avisar cambios.

Gracias!

Realizada por: 48009 RODRIGO ARTURO ECHEVERRI RODR Especialidad CIRUGIA MAXILOFACIAL
cirugia maxilofacial

paciente quien sufre accidente de tránsito en calidad de motociclista al perder el control en una carretera destapada, sufre trauma en cara y extremidades

7J.0 "HOSVITAL"

Usuario: LAQUINTERO



CLINICA SAN JUAN DE DIOS DE LA CEJA

890905154

EPICRISIS

REPORTE

Pag: 15 de 15
Fecha: 18/02/25



1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No.	1007609047	G. Etareo	8	Edad	24 AÑOS
Cedula	1007609047	WULVER OCAMPO LOAIZA	Sexo Masculino		
INGRESO Fec:	14/02/2025 14:45:46	EGRESO Fec:	/ / 00:00:00		
Atn. Ingreso	TRIAGE	Atn. Egreso	TRIAGE		

Pabellon Evolución:	1 URGENCIAS
---------------------	-------------

INTERCONSULTA POR:	ANESTESIOLOGIA	Fecha de Orden:	18/02/2025
--------------------	----------------	-----------------	------------

OBSERVACIONES:

RESULTADOS: . FECHA Y HORA DE APLICACION/ / : : REALIZADO POR:

7. MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

Cantidad	Descripción
48,00 UNIDAD	SOLUCION SALINA NORMAL 0.9% X 100 ML BOLSA
11,00 MILIGRAMOS	MORFINA SOL. INYECTABLE
2,00 AMPOLLA	DIFENHIDRAMINA 50 MG/5 ML AMPOLLA
4,00 AMPOLLA	ONDANSETRON 8 MG/4 ML AMPOLLA
3,00 AMPOLLA	DICLOFENACO 75 MG/3 ML SOL. INYECTABLE
4,00 AMPOLLA	TRAMADOL HCL 50 MG/ML SOLN INYECT.
8,00 TABLETA	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA
2,00 GRAMOS	DIPIRONA 1 G/2 ML SOLUCION INYECTABLE

CC:1017201383

38500 KATHERINE OCAMPO HERNANDEZ
Reg. 1017201383
MEDICINA GENERAL

7J.O "HOSVITAL"

Usuario: LAQUINTERO

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756133881500000084

C5

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: WUILVER

Apellidos: OCAMPO LOAIZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1007609047

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

09/10/2019

Última actualización ciudadano:

09/10/2019

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- La Ceja
1	Uno	La Ceja - Sonsón

FECHA: 25 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Néstor Darío Ospina Orozco C.C. 70.721.870

OBSERVACIONES:

Alexander Orozco Gomez
ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N.º 58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869.4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 70.721.870

OSPINA OROZCO

APELLIDOS
NOMBRES
NESTOR DARIO

Nestor Dario Ospina Orozco
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 24 ENE 1954

SONSON
(ANTIOQUIA)

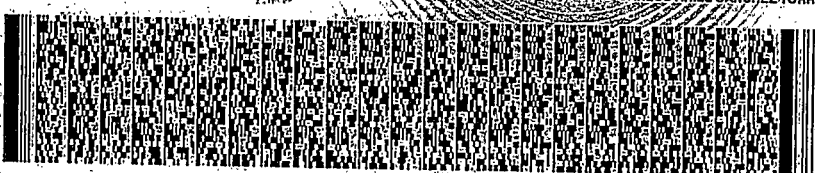
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 A+ M
ESTATURA C/S RH SEXO

07 JUN 1979 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0126200-00020903-M-0070721870-20080708 0000858328A 1 2670000309

CONFIRMACIÓN DE CONSULTA

Hola NESTOR, la UT visión integrados te recuerda tu cita de OFTAMOLOGÍA con el profesional JOSE CHICA el día 25 /02/2025 2:30 pm en la CALLE 52 # 45 70 CC Rionegro Plaza local 2008 segundo piso estar 1 hora antes DEBE IR ACOMPAÑADO

¿Puedes asistir a la consulta?

No necesita orden ya que
visión Integrados está dentro
de la ruta visual.



24 FEB 2025

Handwritten signature

VISION INTEGRADOS SAS



Código del
Prestador: 050011715502 Nit: 901180382
Dirección: CLL 33 66 B 23
Teléfono: 6071288
Web: www.visionintegrados.com.co
Email: contabilidad@visionintegrados.com.co

Fecha de Impresión: 2024/12/12 15:16:40
Impreso por: JOSE ESTEBAN ALZATE MARTINEZ
HISTORIA CLÍNICA

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 70721870	Paciente:	OSPINA OROZCO NESTOR DARIO	Ingreso:	1406013
Fecha Ingreso:	2024/12/12	Hora Ing:	14:13		
Fecha Atencion:	2024/12/12 15:04				
Fecha Cierre HC:	2024/12/12 15:16:32				
Fecha Naci:	1954-02-24	Edad:	70 años	Sexo:	M
Nro.Historia	CC70721870	Tipo Usuario:	Beneficiario		
Telefono:	3204923917- 6044792374	Estrato:	EXENTO DE PAGO	Municipio:	SONSON
Dirección:		Estado Civil:			
Empresa:	UT VISION INTEGRADOS ORIENTE SUB				
Contrato:	RIAS VISUAL ORIENTE SUBDO				
Acompañante:	SOLO	Tel. Acompañante:	0		

DATOS HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

MÓTIVO DE CONSULTA ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CATARATA
EVOLUTIVA, QUE SE INDICO
DILATAR EN ESTE CONTROL, PERO
NO ES POSIBLE, DADO OJO UNICO
IZQUIERDO, ACUDE SIN
ACOMPANANTE.

ANTECEDENTES PERSONALES Y

FAMILIARES

PATOLÓGICOS: HTA, HIPOAUSIA,
LUMBALGIA. MEDICAMENTOS:
NIEGA. ALÉRGICOS: NIEGA.
FAMILIARES: NIEGA.
OFTALMOLÓGICOS: NIEGA.

AGUDEZA VISUAL

Agudeza visual sin
corrección ojo derecho
MM

Agudeza visual sin
corrección ojo izquierdo
20/25

Agudeza visual con
corrección ojo derecho

Agudeza visual con
corrección ojo izquierdo

BIOMICROSCOPIA

****OD: CORNEA CLARA SIN TINCIÓN. CONJUNTIVA
TRANQUILA SIN LESIONES. CÁMARA ANTERIOR
ESTRECHA SIN CELULARIDAD. IRIS CON SINEQUIA
ANTERIORES + OCLUSIÓN PUPILAR. RESTO NO
EVALUABLE. ****OS: CORNEA CLARA SIN TINCIÓN.
CONJUNTIVA TRANQUILA SIN LESIONES. CÁMARA
ANTERIOR FORMADA SIN CELULARIDAD. IRIS SIN
LESIONES CON PUPILAS REDONDAS REACTIVAS A LA
LUZ Y ACOMODACIÓN. ANGULO IRIDOCORNEAL CON
VAN HERICK GRADO 3. CRISTALINO CATARATA NC2.

FONDO DE OJO

****OD: NO EVALUABLE. ****OS: ARCADAS
VASCULARES DE BUEN CALIBRE, RETINA APLICADA
NO ES POSIBLE DETALLE DE NERVIÓ OPTICO POR
PUPILA MIOTICA, Y FALTA DE FIJACION.

Presión intraocular ojo derecho
14

Presión intraocular ojo izquierdo
14

JUSTIFICACION CLINICA

PACIENTE CON CATARATA DE NO CRITERIO QUIRURGICO OI, BUENA VISION OJO UNICO IZQUIERDO, SE INDICA
NUEVO CONTROL ANUAL (DEBE SER SOLICITADO POR PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR); SE
EVALUA RETINA CON LIMITACION, PERO NO SE OBSERVAN CAMBIOS DE RETINOPATIA, CON VISION ESTABLE
EN EL TIEMPO.

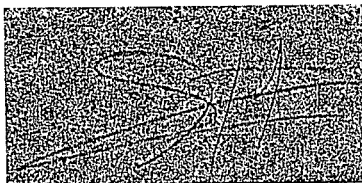
DECLARACION DE RIESGO
NIEGA

PLAN DE MANEJO
NUEVO CONTROL ANUAL (DEBE SER SOLICITADO POR
PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR)

Cita Programada 25-02-25 a la 2:30 pm

IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal:	H250 - CATARATA SENIL INCIPIENTE
Diagnóstico Relacionado 1:	H544 - CEGUERA DE UN OJO
Diagnóstico Relacionado 2:	-
Diagnóstico Relacionado 3:	-

**ATENDIDO POR****JOSE DAVID BAUTISTA C.C. 91530304 - Esp: OFTALMOLOGIA GENERAL - Reg Médico:
91530304****Firma del
paciente**

Copyright 2010-2011 Zeus Salud. Todos los Derechos Reservados.

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756017680300001976

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NESTOR DARIO

Apellidos: OSPINA OROZCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 70721870

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquía

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

17/02/2025

Última actualización ciudadano:

17/02/2025

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

FECHA: 26 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Samuel Antonio Sánchez Sánchez C.C. 8.297.218

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carrera 6 N° 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 8.297.218

SANCHEZ SANCHEZ

APÉLLIDOS

SAMUEL ANTONIO

NOMBRES

Samuel Sanchez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

16-NOV-1948

SONSON
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

A+

ESTATURA

G.S. RH

M

SEXO

02-OCT-1970 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-0126200-01075245-M-0008297218-20190514

0065359520A 1

51582652

AUTORÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Nit: 890.980.003-5				
	HISTORIA CLINICA DE: REVISION			Atencion: 21	
				Fecha: Feb.10/2025	
Nombre:	SANCHEZ SANCHEZ SAMUEL ANTONIO	Edad:	76 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3218669642	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	8297218	Id:	CC	8.297.218	
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	07:34		
Entidad:	SURA EPS CAPITA SUBSIDIADA				

ANAMNESIS

Observaciones: "A LA REVISION DEL EXAMEN"

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS, RESIDENTE EN SONSON, INDEPENDIENTE.
SIN MENCIÓN DE ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

PARACLINICOS:

11/12/2024

-E.K.G: RITMO SINUSAL PERO CON BRADICARDIA, ADEMAS EXTRASISTOLES OCASIONALES NO REPETITIVAS.
-RxDE TORAX: Índice cardiorácico aumentado. Calcificaciones ateromatosas vasculares del cayado aortico. Acentuación de la trama vascular a predominio perihiliar. Descartar sobrecarga hídrica versus proceso inflamatorio? entre otros diagnósticos diferenciales, a criterio médico.

31/01/2025

-HOLTER: RITMO SINUSAL CON FC PROMEDIO DE 65 LPM (MINIMA DE 52 Y MAXIMA DE 127), MUY FRECUENTES EXTRASISTOLES VENTRICULARES DE DIFERENTE MORFOLOGIA DISPUESTAS DE MANERA AISLADA, EN BIGEMINISMOS, EN DUPLITAS Y TRIPLETAS CON CARGA ARRITMICA DEL 26%. OCASIONALES EXTRASISTOLES SUPRAVENTRICULARES COINDUCIDAS DISPUESTAS DE MANERA AISLADA. SE APRECIAN MULTIPLES EPISODIOS DE TAQUICARDIA REGULAR DE COMPLEJOS QRS ESTRECHOS DE HASTA 62 LPM Y HASTA 158 LPM, DE INICIO Y FINALIZACION SUBITOS. CONDUCCION AV NORMAL, CONDUCCION INTRAVENTRICULAR NORMAL. TRASTORNO DE REPOLARIZACION INESPECIFICO.

HABIA CONSULTADO POR DORSALGIA DERECHA, RECIBIO MANEJO CON ACETAMINOFEN + CODEINA Y VENIA CON INSOMNIO, ADEMAS SENSACION DE NERVIOSISMO Y MAREOS. SE SUSPENDIO Y SE CAMBIO POR PREGABALINA CON MEJORIA COMPLETA DEL SINTOMA.

SIN EMBARGO POR MAREOS Y HALLAZGOS DE BRADIACRDIA Y EXTRASISTOLES EN EKG SE HABIA ORDENADO HOLTER QUE REPORTA VARIOS HALLAZGOS INCLUYENDO EXTRASISTOLES VENTRICULARES Y SUPRAVENTRICULARES CON CARGA ARRITMICA DEL 26%.

SE HABIA ORDENADO ECO TT PERO NO LO REALIZO, AL PARECER SE CONFUNDIO CON LAS ORDENES.
POR AHORA DEJO ORDNE DE ECO TT, ADEMAS VALORACION PRESENCIAL POR MEDICINA INTERNA.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

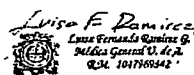
Otros: NO PRESENTA

Diagnostico: Dx.Principal: R001-BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado1: I499-ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Conductas: Se envia:

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 300470 - Feb.10/2025

1. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO, Cantidad: 1
2. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, Cantidad: 1

Pagina: 1 de 1 Imprime: LFRG	Medico:RAMIREZ GRISALES LUISA FERNANDA	Firma  Luisa F. Ramirez Luisa Fernanda Ramirez G. Médica General U. de A. C.M. 101760042
Fecha Sistema:10/02/2025 Hora:7:40:57	Cedula: 1.047.969.842 Registro:	

ORDEN DE COBRO

IPS Genera: IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON-MEDELLIN
Fecha de Expedición: 2025/02/13 Hora: 09:48:21
Tipo de Plan: POS
Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Evento: AMBULATORIO ELECTIVO
Recobro: NO APLICA

Orden No.: 2818-1053202

EPS SURCO



(91)002818000105320200008(92)001000000008297218(93)20250812

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 8297218 SAMUEL ANTONIO SANCHEZ SANCHEZ SUBSIDIADO Edad: 76 años
Fecha N: 1948/11/16 Semanas Cotizadas: 0 Plan: POS IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON
Tel: 8695050 Tel Contacto: 8695050 Celular: 3215778578 Correo:
ATENCIONALUSUARIO@HOSPITALSONSON.GOV.CO

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

CENTRO CARDIOVASCULAR COLOMBIANO CLINICA SANTA MARIA NIT 811046900 CH: 050010211001
Dirección: CL 78 B # 75 - 21 Datos de Contacto: (604)3221900 - 3223692943

INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: NIVEL 1 DEL SISBEN

Tipo de Cobro: EXENTO

Porcentaje de Copago: Valor: Tope Máximo:

Responsable del Recaudo:

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Código CUPS	Código SURACUPS	Código Tarifario	Procedimientos Autorizados	Código Diagnóstico	Cantidad
881202	881202	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR	R001	1

OBSERVACIONES

SEÑOR PRESTADOR PARA PODER REALIZAR EL COBRO DE ESTA ORDEN, DEBE INGRESAR LA FECHA DE ATENCIÓN, ESTO PUEDE SER A TRAVES DE SALUDWEB O DE NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 604 448 6115 EN MEDELLÍN O EN EL RESTO DEL PAÍS 018000 519 519.

ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO HASTA 2025/08/12. UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A..

Válido correo electrónico

LEYDGOAG

Firma Médico - Institución

Firma Afiliado

Firma Responsable y Sello Cód.

Número Identificación Afiliado

ORDEN DE COBRO

IPS Genera: IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON-MEDELLIN
Fecha de Expedición: 2025/02/13 Hora: 14:03:17
Tipo de Plan: POS
Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Evento: AMBULATORIO ELECTIVO
Recobro: NO APLICA

Orden No.: 2818-1054002

EPS SURD



(91)002818000105400200008(92)001000000008297218(93)20260208

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

CC 8297218 SAMUEL ANTONIO SANCHEZ SANCHEZ SUBSIDIADO Edad: 76 años
Fecha N: 1948/11/16 Semanas Cotizadas: 0 Plan: POS IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON
Tel: 8695050 Tel Contacto: 8695050 Celular: 3215778578 Correo:
ATENCIONALUSUARIO@HOSPITALSONSON.GOV.CO

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PA NIT 890900518 CH: 050010217501

Dirección: CL 64 # 51 D - 38

Datos de Contacto: 6044482626 OPC 1 MEDELLIN 2 RIONEGRO

INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: NIVEL 1 DEL SISBEN Tipo de convenio: ACTIVIDAD

Tipo de Cobro: EXENTO

Porcentaje de Copago:

Valor:

Tope Máximo:

Responsable del Recaudo:

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Código CUPS	Código SURACUPS	Código Tarifario	Procedimientos Autorizados	Código Diagnóstico	Cantidad
890266	890266	890266	CONSULTA EN MEDICINA INTERNA	R001	1

OBSERVACIONES

SEÑOR USUARIO RECUERDE PRESENTARSE 15 MINUTOS ANTES DE LA HORA EN LA QUE FUE ASIGNADA SU CITA Y LLEVAR TODOS LOS RESULTADOS DE LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS

SEÑOR PRESTADOR PARA PODER REALIZAR EL COBRO DE ESTA ORDEN, DEBE INGRESAR LA FECHA DE ATENCIÓN, ESTO PUEDE SER A TRAVES DE SALUDWEB O DE NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 604 448 6115 EN MEDELLIN O EN EL RESTO DEL PAÍS 018000 519 519.

ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO HASTA 2026/02/08. UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Válido correo electrónico

LEYDGOAG

Firma Médico - Institución

Firma Afiliado

Firma Responsable y Sello Cód.

Número Identificación Afiliado

	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Nit: 890.980.003-5			
	HISTORIA CLINICA DE: REVISION		Atencion: 21 Fecha: Feb.10/2025	
Nombre:	SANCHEZ SANCHEZ SAMUEL ANTONIO	Edad:	76 Años	Sexo: MASCULINO
Telefono:	3218669642	Estrato:	SUBSIDIADO-1	
Historia:	8297218	Id:	CC	8.297.218
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	07:34	
Entidad:	SURA EPS CAPITA SUBSIDIADA			

ANAMNESIS

Observaciones: "A LA REVISION DEL EXAMEN"

PACIENTE MASCULINO DE 76 AÑOS, RESIDENTE EN SONSON, INDEPENDIENTE.
SIN MENCION DE ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

PARACLINICOS:

11/12/2024

-E.K.G: RITMO SINUSAL PERO CON BRADICARDIA, ADEMAS EXTRASISTOLES OCASIONALES NO REPETITIVAS.
-RxDE TORAX: Índice cardiotorácico aumentado. Calcificaciones ateromatosas vasculares del cayado aortico. Acentuación de la trama vascular a predominio perihiliar. Descartar sobrecarga hidrica versus proceso inflamatorio? entre otros diagnósticos diferenciales, a criterio médico.

31/01/2025

-HOLTER: RITMO SINUSAL CON FC PROMEDIO DE 65 LPM (MINIMA DE 52 Y MAXIMA DE 127), MUY FRECUENTES EXTRASISTOLES VENTRICULARES DE DIFERENTE MORFOLOGIA DISPUESTAS DE MANERA AISLADA, EN BIGEMINISMOS, EN DUPLETAS Y TRIPLETAS CON CARGA ARRITMICA DEL 26%. OCASIONALES EXTRASISTOLES SUPRAVENTRICULARES COINCIDENTES DISPUESTAS DE MANERA AISLADA. SE APRECIAN MULTIPLES EPISODIOS DE TAQUICARDIA REGULAR DE COMPLEJOS QRS ESTRECHOS DE HASTA 62 LPM Y HASTA 158 LPM, DE INICIO Y FINALIZACION SUBITOS. CONDUCCION AV NORMAL, CONDUCCION INTRAVENTRICULAR NORMAL. TRASTORNO DE REPOLARIZACION INESPECIFICO.

HABIA CONSULTADO POR DORSALGIA DERECHA, RECIBIO MANEJO CON ACETAMINOFEN + CODEINA Y VENIA CON INSOMNIO, ADEMAS SENSACION DE NERVIOSISMO Y MAREOS. SE SUSPENDIO Y SE CAMBIO POR PREGABALINA CON MEJORIA COMPLETA DEL SINTOMA.

SIN EMBARGO POR MAREOS Y HALLAZGOS DE BRADIACRDIA Y EXTRASISTOLES EN EKG SE HABIA ORDENADO HOLTER QUE REPORTA VARIOS HALLAZGOS INCLUYENDO EXTRASISTOLES VENTRICULARES Y SUPRAVENTRICULARES CON CARGA ARRITMICA DEL 26%.

SE HABIA ORDENADO ECO TT PERO NO LO REALIZO, AL PARECER SE CONFUNDIO CON LAS ORDENES.
POR AHORA DEJO ORDNE DE ECO TT, ADEMAS VALORACION PRESENCIAL POR MEDICINA INTERNA.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

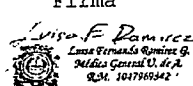
Otros: NO PRESENTA

Diagnostico: Dx.Principal: R001-BRADICARDIA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado1: I499-ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Conductas: Se envia:

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 300470 - Feb.10/2025

1. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO, Cantidad: 1
2. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, Cantidad: 1

Pagina: 1 de 1 Imprime: LFRG	Medico:RAMIREZ GRISALES LUISA FERNANDA	Firma  Luisa Fernanda Ramirez G. Médica General U. de A. C.C. 101769342
Fecha Sistema:10/02/2025 Hora:7:40:57	Cedula: 1.047.969.842 Registro:	

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756460480200000304

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SAMUEL ANTONIO

Apellidos: SANCHEZ SANCHEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 8297218

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/11/2020

Última actualización ciudadano:

14/11/2020

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

- 1 Por validación de información en otros registros administrativos.
- 2 Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



**MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA**

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja

FECHA: 28 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Adriana María Arango Loaiza C.C.43.463.665

Samuel Restrepo Arango T.I. 1.015.078.542

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Carretera ON - 6-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 4444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.015.078.542**
RESTREPO ARANGO

APELLIDOS
SAMUEL

NOMBRES

Samuel R

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-2014**
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-JUN-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

18-AGO-2021 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+ M
G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VELAZQUEZ

IMPORTE DERECHO



P-0100150-01251630-M-1015078542-20210824

0075405187A 1

8502682668

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
43463665

NUMERO:

ARANGO LOAIZA

APELLIDOS:

ADRIANA MARIA

NOMBRES

Adriana Maria Arango L



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1984

ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A- F

ESTATURA G S RH SEXO

20-MAR-2002 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUDUE ESCOBAR

INDICE DERECHO



P-0126200-14103358-F-0043463665-20020620 05420 02171A 01 125881243



Rionegro 14 de febrero 2025

El Grupo Antioqueño de Neurología Pediátrica S.A.S y su IPS CENPI con NIT 900460371-5 se permite certificar que el paciente **Samuel Restrepo Arango** identificado con Tarjeta de identidad número **1015078542**

REHABILITACION NEUROPSICOLOGICA: Asiste los viernes de 1:00pm a 1:30pm el horario de atención es fijo semanal. Actualmente recibe la atención en la sede Rionegro

Cualquier información adicional comunicarse al correo electrónico atencion.usuario@cenpi.com.co

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) a los 14 días del mes de 02 de 2025

Esperamos de esta manera haber dado respuesta a su petición y quedamos atentos ante cualquier requerimiento.

Atentamente,

Área Admisiones



NIT: 900.460.371 - 5.1
Sede Rionegro:
Carrera 55a N 35 - 227.
Torre City Médica Torre 1.
Tel: (604) 448 90 49.

PBX: 448 90 49 | contacto@cenpi.com.co | [@cenpioficial](https://www.facebook.com/cenpioficial) | www.cenpi.com.co

Sede Aguacatala
Calle 118 sur # 47-69
Barrio Aguacatala

Sede Samán
Carrera 48 A #16 sur 29
Barrio Aguacatala

Sede Sabaneta
Carrera 48A #61 sur 75. Edificio Centro
Ejecutivo sabaneta torre 2 Piso 3

Sede Rionegro
Carrera 55 A #35 -251, Edificio
Citymedica Torre 1 consultorio 207

ORDEN DE COBRO

IPS Genera: IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON-MEDELLIN

Orden No.: 2818-1033302

Fecha de Expedición: 2025/01/30 Hora: 10:25:12

Tipo de Plan: POS

Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de Evento: AMBULATORIO ELECTIVO

Recobro: NO APLICA

EPS

SURA



(91)002818000103330200008(92)008000001015078542(93)20250927

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

TI 1015078542

SAMUEL RESTREPO ARANGO

BENEFICIARIO

Edad: 10 años

Fecha N: 2014/06/19

Semanas Cotizadas: 279 Plan: POS

IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON

Tel: 5582164

Tel Contacto: 6046000000 Celular: 3148082964

Correo: adrisamu719@gmail.com

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

GRUPO ANTIOQUEÑO NEUROLOGIA PEDIATRICA

NIT 900460371

CH: 056311208802

Dirección: C/ 48 A # 61 SUR - 75 TORR 2 L CAL 303

Datos de Contacto: 6044489049 - 57444 89049 - CITAS@CENPI.COM.CO

INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: A

Tipo de Cobro: COPAGO

Porcentaje de Copago: 11.5%

Valor:

Topa Maximo: 356,548

Responsable del Recaudo: FISICAMENTE EN EL PRESTADOR

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Código CUPS	Código SURACUPS	Código Tarifario	Procedimientos Autorizados	Código Diagnóstico	Cantidad
944301	9443010	9443010	REHABILITACION NEUROPSICOLOGICA COGNITIVA SESION	F381	5

OBSERVACIONES

SEÑOR PRESTADOR PARA PODER REALIZAR EL COBRO DE ESTA ORDEN, DEBE INGRESAR LA FECHA DE ATENCIÓN, ESTO PUEDE SER A TRAVES DE SALUDWEB O DE NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 604 448 6115 EN MEDELLÍN O EN EL RESTO DEL PAÍS 018000 519 519.

ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO HASTA 2025/09/27. UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Válido correo electrónico

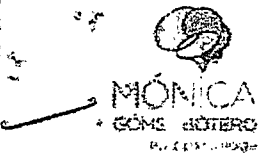
LEYDGOAG

Firma Médico - Institución

Firma Afiliado

Firma Responsable y Sello Cód.

Número Identificación Afiliado

		CONSULTORIO NEUROPSICOLOGÍA HISTORIA CLINICA NEUROPSICOLOGIA	
FECHA ATENCIÓN: 2024-02-01 11:23:02 - NUM. HISTORIA: 1015078542			
ADMISIÓN			
MOTIVO DE CONSULTA (15) OTRA		FINALIDAD (10) NO APLICA	
		NÚMERO DE AUTORIZACION 932-1141151000	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
NOMBRE: SAMUEL RESTREPO ARANGO		IDENTIFICACIÓN: TI 1015078542	
EDAD: 9 Años		SEXO: MASCULINO	
RH:		TELÉFONO: 3148082964	
ENTIDAD: EPS SURA CONTRIBUTIVO		DIRECCIÓN:	
		REGIMEN: CONTRIBUTIVO	
TIPO DE CONSULTA ABORDAJE POR NEUROPSICOLOGÍA [8902089]			
MOTIVO DE CONSULTA Paciente canalizado al servicio de neuropsicología por psiquiatría de su EPS para determinar la pertinencia de evaluación neuropsicológica. Los datos de la entrevista fueron proporcionados por su madre "El tiene problemas de comportamiento"			
HISTORIA DE LA CONDICIÓN ACTUAL Acudiente del menor refiere presencia de dificultades comportamentales y cognitivas dadas por incapacidad para seguir instrucciones, conducta motora aumentada, incapacidad para permanecer en las actividades, alta distractibilidad, es desafiante, irritable, en ocasiones agresivo. se frustra con facilidad. En la actualidad el menor se encuentra cursando grado 4º, en el salón de clase se identifican dificultades para permanecer en actividades, se atrasa, se distrae y no termina las actividades que se le proponen. Durante las clases interrumpe, habla a los compañeros, juega, cambia de actividades constantemente, requiere cambios posturales, procura por evitar las actividades que le suponen esfuerzo mental sostenido. Pese a lo anterior, su desempeño académico es medio-bajo y requiere de acompañamiento externo permanente como regulador. A nivel comportamental, se describen marcadas dificultades para seguimiento de instrucciones, no acata la norma, se frustra, llora, es impulsivo, desafiante, no mide consecuencias. Su proceso de socialización esta mediado por su irritabilidad/agresividad No ha sido evaluado por neuropsicología.			
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES Historias de patologías previas: dermatitis atópica, Alergias tóxicas Cx: reimplante ureterovesical Medicamentos: risperidona (no lo está tomando) Antecedentes familiares: niega			
DATOS EVOLUTIVOS No aporta fechas, describen que los hitos del desarrollo se dieron en tiempo y forma.			
AREA SOCIAL Y FUNCIONALIDAD			
RESULTADOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS		RESULTADOS DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS	
RESULTADO DE PARACLÍNICOS			
DESCRIPCIÓN DE ANÁLISIS DE VALORACIÓN Paciente con dificultades atencionales y comportamentales que requieren de la aplicación de prueba neuropsicológica para caracterización de perfil cognitivo y plan desde esta área.			
PLAN ADMINISTRACIÓN APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) - CANTIDAD 5 CÓDIGO 940701			
RECOMENDACIONES:			
DIAGNOSTICO PPAL F913 - TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE			

Mónica Gómez Botero



**CONCEPTO POR NEUROPSICOLOGÍA
REMISIÓN**

NUM.HISTORIA 1015078542 FECHA: 2024-02-01 11:07:52

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SAMUEL RESTREPO ARANGO	ID: TI 1015078542	FECHA DE NACIMIENTO: 2014-06-19
EDAD: 9 Años 7 Meses 18 Días	GENERO: MASCULINO	ESTADO CIVIL: SOLTERO
TEL: 3148082964	DIRECCIÓN:	LUGAR DE RESIDENCIA: SONSON (ANTIOQUIA)
ENTIDAD: EPS SURA CONTRIBUTIVO	TIPO DE USUARIO: CONTRIBUTIVO	ARL:

Paciente atendido en concepto por neuropsicología. Requiere:

ADMINISTRACIÓN APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) - CANTIDAD 5 CÓDIGO 940701

Mónica Gómez Botero

Profesional: MÓNICA GÓMEZ BOTERO
CC: 43787438
Esp: NEUROPSICÓLOGA
RM: 5-096702

Calle 2 sur # 46-108. Torre Médica Salud Vegas, consultorio 1610. Celular 3054261764.
Correo electrónico: monicagomezneuropsicologia@gmail.com.
Medellín - Antioquia

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: SAMUEL RESTREPO ARANGO

Ocupación: No disponible

Afilación: BENEFICIARIOS

Raza: No Disponible

Teléfono (1): 6045582164

Condición: No Disponible

Identificación: TI 1015078542

Sexo: Masculino

Teléfono (2): 3148082964

Nivel Socioeconómico: No Disponible

Edad: 9 Años

Plan: POS

Servicio: CONSULTA NEUROLOGO INFANTIL

IPS Atiende: CENTRO DE ESPECIALISTAS

Orden: 10066923500

Fecha: 2024/02/22 09:06

Tipo Consulta: No Disponible

Estado: SIN FINALIZAR

Responsable: No disponible

Acompañante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: NO

MC: Acompañante: — Adriana maria Arango la mamá

EA: Paciente con cuadro de TDAH mixto

Madre no ha iniciado

Risperidona Ella no quiere manejo Farmacológico Y ella primero quiere una prueba antes de iniciar y tomar decisiones Ap: Reimplante Vesicouretral

Dermatitis atopica Alergias niegan AF: nHipercolesterolemia Actualmente esta en cuarto en colegio va bien pero se atrasa hay quejas en colegio por

comportamiento — Peso: 25 kg — Talla: 131 cm Paciente normocefalico, hidratado, afebril. PC 54 cm Pares

craneales conservados. Patrón de movilidad de cuello es normal, No rigidez nuchal y no signos meningeos Hace contacto y seguimiento visual. Tiene

un patrón de movilidad bien modulado fuerza muscular 5/5 Normoreflexico 2+/4+ simétrico bilateral Marcha normal. NO hay Rossolimo - No Babinski

- No signos cerebelosos. — Analisis — Se trata de Samuel de 9 años con TDAH Considero predominio impulsivo Madre por ahora no desea

medicación Seguir control con Terapia Conductual/Cognitivo — Control neuropsicología para rehabilitación de TDAH — Psiquiatría ya valora y da

diagnostico igual: ente con TDAH mixto. Consideran que se beneficia de realización de pruebas neuropsicológicas, Inicio Risperidona en dosis

bajas, difiero el inicio de estimulante hasta resultado de pruebas. — Por nuestra parte control con neuropsiquiatría en 6 meses NO debe seguir con

Psiquiatría por ahora en nuestro concepto

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico

: Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no

evaluado Genitourinario : no evaluado Osteomuscular : no evaluado Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Físico : no evaluado Piel y

Faneras : no evaluado

Dx: F900 PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN. Confirmado repetido

F901 TRASTORNO HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA. Confirmado repetido

Profesional: JOHNNY ANDRES LOPEZ GARCIA

CC 9872004

Registro: 0263/06

I785422004F24022210150987

Antecedentes Familiares

Antecedentes Personales

Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:

Contrarremisión

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756982881500000562

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SAMUEL

Apellidos: RESTREPO ARANGO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1015078542

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/02/2022

Última actualización ciudadano:

12/02/2022

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
2	Dos	Sonsón- La Ceja

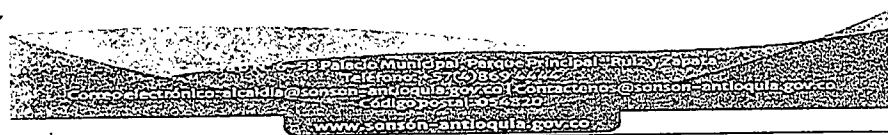
FECHA: 28 de Febrero de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Adriana María Arango Loaiza C.C.43.463.665

Samuel Restrepo Arango T.I. 1.015.078.542

OBSERVACIONES:


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.015.078.542
RESTREPO ARANGO

APELLIDOS
SAMUEL

NOMBRES

Samuel R

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-2014

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

19-JUN-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

18-AGO-2021 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ M
GS RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VECIA POLOA

ÍNDICE DERECHO



P-0100150-01251630-M-1015078542-20210824

0075405187A 1

8502682668

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
43453665

NUMERO
ARANGO LOAIZA
APELLIDOS
ADRIANA MARIA
NOMBRES
Adriana Maria Arango




ADG5 DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1984
ARGELIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

A-

F

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-MAR-2002 SONSON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN GONZALEZ ESCOBAR



P-0126200-14103358-F-0043453665-20020620

05420 02171A 01 125881243

Rionegro 14 de febrero 2025

El Grupo Antioqueño de Neurología Pediátrica S.A.S y su IPS CENPI con NIT **900460371-5** se permite certificar que el paciente **Samuel Restrepo Arango** identificado con Tarjeta de identidad número **1015078542**

REHABILITACION NEUROPSICOLOGICA : Asiste los viernes de 1:00pm a 1:30pm el horario de atención es fijo semanal. Actualmente recibe la atención en la sede Rionegro

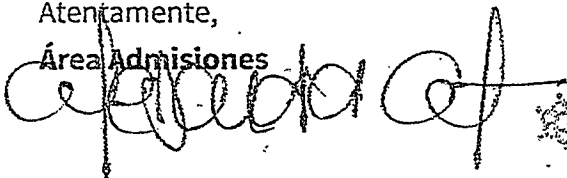
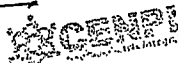
Cualquier información adicional comunicarse al correo electrónico atencion.usuario@cenpi.com.co

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) a los 14 días del mes de 02 de 2025

Esperamos de esta manera haber dado respuesta a su petición y quedamos atentos ante cualquier requerimiento.

Atentamente,

Área Admisiones



NIT: 900.460.371-5
Sede Rionegro,
Carrera 55A #35-251,
Torre City Médica, Torre 1,
Tolima (Col) 448 90 49.

ORDEN DE COBRO

IPS Genera: IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON-MEDELLIN
Fecha de Expedición: 2025/01/30 Hora: 10:25:12
Tipo de Plan: POS
Origen del Servicio: ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Evento: AMBULATORIO ELECTIVO
Recobro: NO APLICA

Orden No.: 2818-1033382

EPS SURCA



INFORMACIÓN DEL AFILIADO

(91)002818000103330200008(92)008000001015078542(93)20250927

TI: 1015078542 SAMUEL RESTREPO ARANGO BENEFICIARIO Edad: 10 años
Fecha N: 2014/06/19 Semanas Cotizadas: 279 Plan: POS IPS ESE SAN JUAN DE DIOS DE SONSON
Tel: 5582164 Tel Contacto: 6046000000 Celular: 3148082964 Correo: adrisamu719@gmail.com

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

GRUPO ANTIOQUEÑO NEUROLOGIA PEDIATRICA NIT 900460371 CH: 055311208802
Dirección: CR 48 A # 61 SUR - 75 TORR 2 LOCAL 303 Datos de Contacto: 6044488048 - 57444 89048 - CITAS@CENPI.COM.CO
INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: A

Tipo de Cobro: COPAGO

Porcentaje de Copago: 11.5%

Valor:

Tope Maximo: 356,548

Responsable del Recaudo: FISICAMENTE EN EL PRESTADOR

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Código CUPS	Código SURACUPS	Código Tarifario	Procedimientos Autorizados	Código Diagnóstico	Cantidad
944301	9443010	9443010	REHABILITACION NEUROPSICOLOGICA COGNITIVA SESION	F381	5

OBSERVACIONES

SEÑOR PRESTADOR PARA PODER REALIZAR EL COBRO DE ESTA ORDEN, DEBE INGRESAR LA FECHA DE ATENCIÓN, ESTO PUEDE SER A TRAVES DE SALUDWEB O DE NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 604 448 6115 EN MEDELLÍN O EN EL RESTO DEL PAÍS 018000 518 519.
ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO HASTA 2025/09/27. UNA VEZ CUMPLIDO DICHO PLAZO NO HAY RESPONSABILIDAD DE EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A..

Válido correo electrónico

LEYDGOAG

Firma Médico - institución

Firma Afiliado

Firma Responsable y Sello Cód.

Número Identificación Afiliado



MONICA
CONSULTORIO

CONSULTORIO NEUROPSICOLOGÍA
HISTORIA CLINICA NEUROPSICOLOGIA

FECHA ATENCIÓN: 2024-02-01 11:23:02 - NUM. HISTORIA: 1015078542

ADMISIÓN

MOTIVO DE CONSULTA (15) OTRA	FINALIDAD (10) NO APLICA	NÚMERO DE AUTORIZACION 932-1141151000
---------------------------------	-----------------------------	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SAMUEL RESTREPO ARANGO	IDENTIFICACIÓN: TI 1015078542	FECHA DE NACIMIENTO: 2014-06-19
EDAD: 9 Años	SEXO: MASCULINO	ESTADO CIVIL: SOLTERO
RH: I	TELÉFONO: 3148082964	DIRECCIÓN:
ENTIDAD: EPS SURA CONTRIBUTIVO	ESCOLARIDAD:	REGIMEN: CONTRIBUTIVO

TIPO DE CONSULTA

ABORDAJE POR NEUROPSICOLOGÍA [8902089]

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente canalizado al servicio de neuropsicología por psiquiatría de su EPS para determinar la pertinencia de evaluación neuropsicológica.

Los datos de la entrevista fueron proporcionados por su madre "El tiene problemas de comportamiento"

HISTORIA DE LA CONDICIÓN ACTUAL

Acudiendo del menor refiere presencia de dificultades comportamentales y cognitivas dadas por incapacidad para seguir instrucciones, conducta motora aumentada, incapacidad para permanecer en las actividades, alta distractibilidad, es desafiante, irritable, en ocasiones agresivo, se frustra con facilidad.

En la actualidad el menor se encuentra cursando grado 4°, en el salón de clase se identifican dificultades para permanecer en actividades, se atrasa, se distrae y no termina las actividades que se le proponen. Durante las clases interrumpe, habla a los compañeros, juega, cambia de actividades constantemente, requiere cambios posturales, procura por evitar las actividades que le suponen esfuerzo mental sostenido. Pese a lo anterior, su desempeño académico es medio-bajo y requiere de acompañamiento externo permanente como regulador.

A nivel comportamental, se describen marcadas dificultades para el seguimiento de instrucciones, no acata la norma, se frustra, llora, es impulsivo, desafiante, no mide consecuencias. Su proceso de socialización está mediado por su irritabilidad/agresividad

No ha sido evaluado por neuropsicología.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y PERSONALES

Historias de patologías previas: dermatitis atópica, Alergias tóxicas

Cx: réimplante ureterovesical

Medicamentos: risperidona (no lo está tomando)

Antecedentes familiares: niega

DATOS EVOLUTIVOS

No aporta fechas, describen que los hitos del desarrollo se dieron en tiempo y forma.

AREA SOCIAL Y FUNCIONALIDAD

RESULTADOS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

RESULTADOS DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

RESULTADO DE PARACLÍNICOS

DESCRIPCIÓN DE ANÁLISIS DE VALORACIÓN

Paciente con dificultades atencionales y comportamentales que requieren de la aplicación de prueba neuropsicológica para caracterización de perfil cognitivo y plan desde esta área.

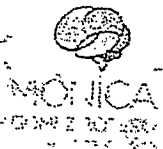
PLAN

ADMINISTRACIÓN APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) - CANTIDAD 5 CÓDIGO 940701

RECOMENDACIONES:

DIAGNOSTICO PPAL

F913 - TRASTORNO Opositor DESAFIANTE



CONCEPTO POR NEUROPSICOLOGÍA
REMISIÓN

NUM.HISTORIA 1015078542 FECHA: 2024-02-01 11:07:52

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SAMUEL RESTREPO ARANGO	ID: TI 1015078542	FECHA DE NACIMIENTO: 2014-06-19
EDAD: 9 Años 7 Meses 18 Días	GENERO: MASCULINO	ESTADO CIVIL: SOLTERO
TEL: 3146082964	DIRECCIÓN:	LUGAR DE RESIDENCIA: SONSON (ANTIOQUIA)
ENTIDAD: EPS SURA CONTRIBUTIVO	TIPO DE USUARIO: CONTRIBUTIVO	ARL:

Paciente atendido en concepto por neuropsicología. Requiere:

ADMINISTRACIÓN APLICACIÓN DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA) - CANTIDAD 5 CÓDIGO 940701

Profesional: Mónica Gómez Botero

Profesional: MÓNICA GÓMEZ BOTERO
CC: 43787438
Esp: NEUROPSICÓLOGA
RM: 5-096702

Calle 2 sur # 46-108. Torre Médica Salud Vegas, consultorio 1610. Celular 3054261764.
Correo electrónico: monicagomezneuropsicologia@gmail.com.
Medellín - Antioquia

22/2/24, 09:19

SISTEMA PARA IPS

Paciente: SAMUEL RESTREPO ARANGO		Identificación: TI 1015078542	
Ocupación: No disponible	Identificación: TI 1015078542	Sexo: Masculino	Edad: 9 Años
Afiliación: BENEFICIARIOS	Teléfono (1): 6045582164	Teléfono (2): 3148082964	Plan: POS
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible	
Servicio: CONSULTA NEUROLOGO INFANTIL	Orden: 10066923500	Tipo Consulta: No Disponible	
IPS Atiende: CENTRO DE ESPECIALISTAS	Fecha: 2024/02/22 09:06	Estado: SIN FINALIZAR	
Responsable: No disponible			
Acompañante: No disponible			
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: NO			
MC: Acompañante: — Adriana maria Arango la mamá EA: Paciente con cuadro de TDAH mixto Madre no ha iniciado Risperidona Ella no quiere manejo Farmacológico Y ella primero quiere una prueba antes de iniciar y tomar decisiones Ap: Reimplante Vesicouretral Dermatitis atópica Alergias niegan AF: nHipercolesterolemia Actualmente esta en cuarto en colegio va bien pero se atrasa hay quejas en colegio por comportamiento — Peso: 25 kg — Talla 131 cm Paciente normocefalo, hidratado, afebril. PC 54 cm Fares craneales conservados. Patrón de movilidad de cuello es normal. No rigidez nuchal y no signos meníngeos Hace contacto y seguimiento visual. Tiene un patrón de movilidad bien modulado fuerza muscular 5/5 Normoreflexico 2+/4+ simétrico bilateral Marcha normal. NO hay Rossolimo - No Babinski - No signos cerebelosos. — Analisis — Se trata de Samuel de 9 años con TDAH Considero predominio impulsivo Madre por ahora no desea medicación Seguir control con Terapia Conductual/Cognitivo — Control neuropsicología para rehabilitación de TDAH — Psiquiatría ya valora y da diagnóstico igualmente con TDAH mixto. Consideran que se beneficia de realización de pruebas neuropsicológicas, Inicio Risperidona en dosis bajas, difiero el inicio de estimulante hasta resultado de pruebas. — Por nuestra parte control con neuropsiquiatría en 6 meses NO debe seguir con Psiquiatría por ahora en nuestro concepto			
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico			
: Hematopoyetico : Piel y Faneras :			
Signos Vitales: Descripción: Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado Genitourinario : no evaluado Osteomuscular : no evaluado Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Físico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado			
Dx: F900 PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCIÓN. Confirmado repetido			
F901 TRASTORNO HIPERCINÉTICO DE LA CONDUCTA. Confirmado repetido			
Profesional: JOHNNY ANDRES LOPEZ GARCIA			
CC 9872004		Registro: 0263/06	
Antecedentes Familiares		1765422004F24022210150987	
Antecedentes Personales		Documentos Generados Para Esta Orden:	
Antecedentes Laborales		Contratamiento	

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756982881500000562

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SAMUEL

Apellidos: RESTREPO ARANGO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1015078542

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/02/2022

Última actualización ciudadano:

12/02/2022

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
 - MinEduación - Ministerio de Educación
 - ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
 - ICETEX
 - Minsalud - Ministerio de Salud
 - RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
 - Migración Colombia
 - ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
 - ANT - Agencia Nacional de Tierras
 - FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
 - ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
 - UARIV - Unidad para las Víctimas
 - DNP - Departamento Nacional de Planeación
- Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



MUNICIPIO DE SONSÓN
SECRETARÍA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN
CIUDADANA

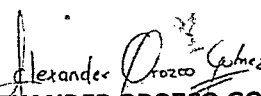
Autorización transporte contrato de prestación de servicios Nro. SER-024-2025

CANTIDAD		TRANSPORTE
CANT.	LETRA	
1	Uno	Sonsón- Medellín
1	Uno	Medellín - Sonsón

FECHA: 02 de Marzo de 2025

NOMBRE DE LA PERSONA: Sergio Andrés Montoya Marín C.C. 71.750.001

OBSERVACIONES: _____


ALEXANDER OROZCO GOMEZ
Secretario de Gobierno
Supervisor

Oficina ON° 0-58 Palacio Municipal, Parque Principal "Ruiz y Zapata"
Teléfono: +57(4)869 2444
Correo electrónico: alcaldia@sonson-antioquia.gov.co | Contactenos@sonson-antioquia.gov.co
Código postal: 054820.
www.sonsón-antioquia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

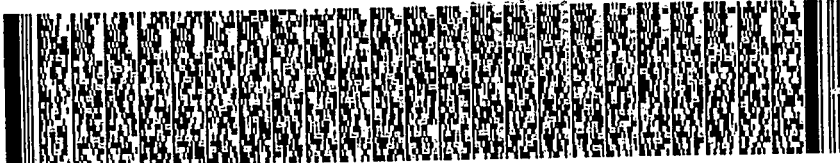
NUMERO: **71.750.001**
MONTOYA MARIN
 APELLIDOS
SERGIO ANDRES
 NOMBRES
ANDRES MONTOYA
 FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1974**
RIONEGRO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 **O+**
ESTATURA **G.S. RH** **SEXO**
29-ENE-1993-MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0126200-00980774-M-0071750001-20180221 0059582390A 1 43506740

ADURIA

HOSPITAL CARISMA
CARRERA 93
#34AA-01

MARZO 4

11:00 A.M.

Dirección: Calle 30 A #81-67 Línea única 444 5089 Línea gratuita: 01 8000 51 06 17
e-mail: info@rtr.com.co Medellín - Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL ANEXO TÉCNICO No. 1 DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN CEDIMIENTO: 2025021428370976 - NUMERO DE AUTORIZACION: 28370977 FECHA Y HORA : 2025-02-14-09:54
--

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				
TIOQUIA EPS S.A.S.	NIT	900604350	Codigo	EPSS40

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)				
Nombre		Tipo Documento	Número documento	
MA SEDE HOSPITALARIA		NI	890985405	
050010239301	Telefono 1	6046050233		
uario@esecarisma.gov.co	Telefono 2	3043837053		
Dirección				

Carrera 93 # 34 AA - 01 Barrio Belencito

Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN
--------------	-----------	-----------	----------

DATOS DEL PACIENTE							
MONTOYA		MARIN		SERGIO		ANDRES	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		71750001		Fecha de nacimiento	1974-10-31
Dirección de Residencia Habitual		CL 6 11-20				Telefono	6047367300
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	SONSON		
Telefono celular	3112734270		Correo electrónico	silviaelena_mm@yahoo.com			
Dirección alternativa		*		Nivel	No Aplica		

SERVICIOS AUTORIZADOS							
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	Cardiología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	428 - Otras cardiopatías		
Manejo Integral según Guía de				Consulta externa			
Grupo de servicios							
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud	DIAGNOSTICO		
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
890291	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA					
Observación	REEMPLAZA ORDEN N 26233292 POR VENCIMIENTO ANEXO CON FECHA DEL 9/12/2024						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22673775		Fecha y hora de solicitud		2025-02-14-09:43	

PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				609	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
Tope máximo copagos		0			

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
mroldanp (MAGNOLIA ROLDAN PADILLA)		AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 26233292

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FECHA: 2024-08-10

HORA: 07:20

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL CARISMA			NI	890985405	
Código	050010239303		Teléfono 1	6046050233	
Correo	atencionalusuario@esecarisma.gov.co		Teléfono 2	3043837053	
Dirección					
Carrera 81 # 49 - 23 Barrio Calazans					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
MONTROYA		MARIN		SERGIO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		ANDRES			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	71750001		Fecha de nacimiento
1974-10-31		Dirección de Residencia Habitual		CL 6 11-20	
Teléfono		6047367300			
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	SONSON	
Teléfono celular	3112734270		Correo electrónico	silviaelena_mm@yahoo.com	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cardiología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	428 - Otras cardiomiopatías	
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890291	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLGIA CLINICA			
Observación	2024-07-30				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	21035504		Fecha	2024-08-02	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %		
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			582	Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
mmelendg (MELANY MELISSA MELENDEZ GONZALEZ)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud	2407301448	Fecha y hora :	30/07/2024 11:23:42 a. m.
Información del Prestador:(Solicitante)			
Nombre:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO		Nit:890907254-7
Codigo:	0561501376	Telefono:	5313700
Direccion:	CARRERA 48 No 56-59		
Departamento:	ANTIOQUIA	Codigo	05
Municipio:	RIONEGRO	Codigo	615
Entidad a la que se le Solicita(Pagador)	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Codigo	EPSS40
Datos del Paciente			
MONTAYA		MARIN	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
SERGIO		ANDRES	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía	Numero de Documento de Identificación	71750001
Fecha de Nacimiento:	31/10/1974 2:31:52 p. m.	Telefono	3112734270
Dirección	BARRIO TAPETE SONSON		
Departamento	ANTIOQUIA	Codigo	05
Municipio	SONSON	Codigo	756
Cobertura en Salud	Subsidiado		
Informe de la Atención y Servicios Solicitados			
Origen de la Atención	Enfermedad General Adulto	Tipo de Servicio Solicitado	Servicios Selectivos
Prioridad de la Atención	Prioritaria		
Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización		Consulta Externa	
Servicio	CARDIOLOGIA	Cama	
Manejo Integral Segun Guia			
Codigo Cups	Cantidad	Descripción	
879902	1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	
903818	1	COLESTEROL TOTAL	
903868	1	TRIGLICERIDOS	
903815	1	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	
904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	
903426	1	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	
903895	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	
902207	1	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	
903816	1	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	
890244	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	
890291	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGIA CLINICA	
890328	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	
895004	1	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	
891704	1	ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA]	
Justificación Clínica			



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y Documento Identificación:	Cédula Ciudadanía 71750001
Nombre Paciente:	SERGIO ANDRES MONTOYA MARIN
Fecha Nacimiento:	31/octubre/1974 Edad y género: 49 Años / 8 Meses / 28 Días, Masculino
Sede:	SEDE JORGE HUMBERTO GONZALEZ NOREÑA
Servicio que brinda atención:	Consulta Externa Cama:
Servicio:	
DATOS DE AFILIACIÓN	
Responsable:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. Régimen: Regimen Simplificado
Tipo de Usuario:	Ninguno Nivel de Afiliación: SUBSIDIADO NIVEL 0
Plan de beneficios:	ALIANZA MEDELLIN EPS SUBSIDIADO EVENTO 2DO NIVEL

HISTORIA CLÍNICA

INGRESO A CONSULTA EXTERNA

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 2

(Fecha: 30/07/2024 11:23 a. m.)

Responsable:

Teléfono

Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 243863 Fecha: 30/07/2024 9:48:06 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Enfermedad_General

Externa:

Antecedentes

Motivo de Consulta / Enfermedad Actual: MC CONTROL

DX:

1. DOLOR TORACICO A ESTUDIO
2. CARDIOTIA HIPERTENSIVA FEVI 57%
3. VALVULOPATIA AORTICA DOBLE LESION - ESTENOSIS LEVE E INSUFICIENCIA MODERADA
4. PREDIABETES
5. OBESIDAD GII
6. NEUMOPATIA-TABAQUISMO ACTIVO

Subjetivo: Refiere disnea clase funcional II, episodios de dolor precordial tipo peso duración de 2 minutos con actividad, no síncope ni presíncope, no edemas.

MEDICAMENTOS: hidroclorotiazida 25mg x1, salbutamol 100mcg 2 puff x6hrs, esomeprazol 40mg x1, atorvastatina 40mg x1, asa 100mg x1, acetaminofén 500mg x3, orlistat 120mg x2, metformina 850mgx1,

Reporte de resultados: PARACLINICOS:

19/06/2024 HOLTER 1. Ritmo sinusal con frecuencia cardiaca promedio de 80 Ipm, Variación ciclica normal con frecuencia mínima en el periodo nocturno 45 Ipm a las 21 47, Frecuencia máxima de 145 Ipm a las 09 42, Conducción AV normal, No pausas, variabilidad normal de la frecuencia cardiaca. Intervalo QTc que se debe correlacionar con EKG de 12 derivaciones. 2. Complejos atriales prematuros aislados.

13/06/2024 ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO: Ventrículo izquierdo de tamaño normal, grosor normal de sus paredes.

Contractilidad global y segmentaria conservadas, fracción de eyección calculada en 57 %. 2. Ventrículo derecho de tamaño y función normal. 3. Aurícula izquierda levemente dilatada en ritmo sinusal. 4. Aurícula derecha de tamaño normal en ritmo sinusal. 5. Septos interauricular e interventricular íntegros. 6. Válvula mitral estructural y funcionalmente normal. El patrón de llenado de las cavidades izquierdas y el Doppler tisular muestran signos de disfunción diastólica por trastorno en la relajación. 7. Válvula aórtica tricúspide con esclerosis y focos de calcificación de sus valvas no siendo posible mediante esta técnica definir el número de cúspides con doble lesión valvular: estenosis leve e insuficiencia como mínimo moderada. 8. Válvula tricúspide estructuralmente normal con insuficiencia leve. 9. Válvula pulmonar estructural y funcionalmente normal. 10. Pericardio y vena cava inferior de aspecto normal. 11. Grandes vasos aórtico y pulmonar de aspecto normal. CONCLUSIONES 1. TAMAÑO Y FUNCION SISTOLICA BIVENTRICULAR NORMAL 2. AURICULA IZQUIERDA LEVEMENTE DILATADA EN RITMO SINUSAL. 3. DEGENERACIÓN CALCIFICA VALVULAR AORTICA CON DOBLE LESIÓN: ESTENOSIS LEVE E INSUFICIENCIA MODERADA. 4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR LEVE. Nota: Se sugiere complementar con ecocardiograma transesofágico para precisar valvulopatía aortica

26/04/2023: tsh 2.460,hba1c 5.66,

05/04/2023: colesterol 191.85, creatinina 1.18, glicemia 87.4, hdl 23.65, ldl 110.50, triglicéridos 288.48, hb 17.8, plaquetas 279000

03/04/2023: creatinina 1.15, troponina 0.00

08/10/2020 MAPA: INDICACION DEL ESTUDIO: HIPERTENSION ARTERIAL, ASA. Durante el registro diurno de presión arterial el 74.1% de los registros de presión arterial sistólica permanecieron por encima del umbral establecido (135mmHg). El 77.8% de los registros de presión arterial diastólica permanecieron por encima del umbral (85mmHg), El promedio de la presión arterial diurna fue de 151/107 mmHg. Durante la noche el 82.4% todos los registros de presión arterial sistólica permanecieron por encima del umbral (120mmHg), el 52.9% de los registros de presión arterial diastólica permanecieron por encima del umbral (70mmHg), El promedio

Paciente: SERGIO ANDRES MONTOYA MARIN

Documento: 71750001

Impreso Por 79748966

Presión arterial nocturna fue de 137/87 mmHg. El promedio de la Presión arterial fue de 146/99 mmHg. Presión de pulso: 47
Frecuencia cardíaca promedio: 83 Lpm. Índice tobillo-brazo 1,65, Sin descenso fisiológico en el período nocturno del 9.3% (patrón no
dipper). CONCLUSIONES: Hipertensión Arterial con promedio las 24 horas de 146/99mmHg, superó los umbrales máximos
recomendados, Sin descenso fisiológico en el período nocturno del 9.3% (patrón no dipper)

Signos VitalesPresión arterial
(mmHg) 160

/100

Presión arterial media
(mmHg): 120/120,0000Frecuencia cardíaca
(lat/min): 86

Peso (Kg): 113

Talla :177,00

Examen Físico

GENERAL (ASPECTO GENERAL, ESTADO MENTAL): Examen Físico TA: 160/100

FC: 86 Lpm

Sato2:91 %

PESO: 113 KG Talla 177cm IMC 36 Cuello no iy

Tórax Rsrs no agregados Rscs rítmicos soplo aortico g ii

Abdomen no megalias

Extremidades no edemas Neurológico sin déficit

Análisis

ANALISIS: Paciente con Obesidad G II, tabaquismo, Hipertensión arterial no controlada tiene función Biventricular normal y valvulopatía aortica con estenosis leve e insuficiencia moderada esta valvulopatía no es la causante de sus síntomas (disnea, dolor torácico), se considera realizar angiotomografía coronaria para evaluar presencia de enfermedad coronaria, realizar MAPA 24 horas y por sospecha de síndrome de apnea hipopnea del sueño se solicita estudio del sueño el paciente debe ser evaluado de forma interdisciplinaria con endocrinología, toxicología, se inicia valsartan + amlodipino tableta 80mg + 5mg 1 oral día.

Plan de Manejo**PLAN**

- Cita por endocrinología prioritaria
- Cita por toxicología prioritaria
- Cita por cardiología en 3 meses
- MAPA 24 horas en 3 meses
- Estudio del sueño (polisomnografía)
- Angiotomografía contrastada de arterias coronarias prioritarios
- Colesterol, triglicéridos, hdl, tsh, hemoglobina glicosilada, tsh, creatinina, hemograma prioritarios
- Iniciar valsartan + amlodipino tableta 80mg + 5 mg 1 oral día
- Resto de medicación igual

Paciente: SERGIO ANDRES MONTOYA MARIN
Impreso Por 79748966

Documento: 71750001

Registro válido

Fecha de consulta:

03/04/2025

Ficha:

05756017680300000524

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SERGIO ANDRES

Apellidos: MONTOYA MARIN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 71750001

Municipio: Sonsón

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

12/09/2024

Última actualización ciudadano:

12/09/2024

Última actualización via registros administrativos:

17/09/2024

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

DIANA MARCELA RENDON CANO

Dirección:

Calle 7 No 10 - 22

Teléfono:

3146412395

Correo Electrónico:

sisben@sonson-antioquia.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEduación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

¹ Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.