



CLINICA DE ESPECIALISTAS SA

NIT 891856372 - 1

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764100597331 de 2025-10-25 a 2026-10-25
autorizado del FECE249593 al FECE300000
CR 9 A 14 17
7708686
SOGAMOSO Boyacá COLOMBIA

FACTURADO A:

UNASALUD UT-SENA UNASALUD UT

NIT 900518650 - 7
CLL 22 N° 11A-73
SOGAMOSO - BOYACA - COLOMBIA
clinicassogamosout@gmail.com
3153162667

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

NÚMERO: FECE252830 **VENCIMIENTO:** 2025-12-19
MONEDA: COP
FECHA DOCUMENTO: 2025-11-19 15:31:22
FORMA DE PAGO: Crédito
MEDIO DE PAGO: Instrumento no definido

#	Código	UND	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	IVA%	INC%	Subtotal	Valor Total
1	038201		ESPECIALISTA-NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD *	1.00	\$ 242,400.00	0	0	\$ 242,400.00	\$ 242,400.00
Observacion: Nota sobre el item									
2	038201		SALA NO CRUENTO-NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD *	1.00	\$ 194,700.00	0	0	\$ 194,700.00	\$ 194,700.00
Observacion: Nota sobre el item									
3	038201		MATERIALES NO CRUENTO-NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD *	1.00	\$ 176,900.00	0	0	\$ 176,900.00	\$ 176,900.00
Observacion: Nota sobre el item									
4	038201		ESPECIALISTA-NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD *	1.00	\$ 121,200.00	0	0	\$ 121,200.00	\$ 121,200.00
Observacion: Nota sobre el item									

Cantidad de líneas: 4

Notas de la factura

NOTA: - - AUTORIZACION: 1330 PACIENTE: CC-46350278-GRACIELA HENAO CIFUENTES
- INGRESO: 95 - ABONO PACIENTE: 0.00 EN PESOS

SUBTOTAL:	\$ 735,200.00
IVA:	\$ 0.00
INC:	\$ 0.00
DESCUENTO:	\$ 0.00
ANTICIPOS:	\$ 0.00

TOTAL A PAGAR

\$ 735,200.00

RESUMEN IMPUESTOS

Detalle IVA: \$ 0.00



Cuida el medio ambiente

CUFE: f59dde44f897ac10ad6bf10890f6c181011c9a0f8b327d02aad41e06dc42e16345c3d67f3f8df0c8cda5614ad9ab8864

Elaborado por:

Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico y Fabricante del Software: PL-Colab

**CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.**

SEDE UNICA

SOMOS SU MEJOR OPCION

NIT 891856372-1 COD: 157590059201

DIRECCIÓN: CR 9 A 14 17 SOGAMOSO TELÉFONO: 7708686

FECHA: 19/11/2025

VENC: 19/12/2025

PAGINA: 1

FACTURA DE VENTA FECE 252830

NUMERO ID.: CC 46350278 SOGAMOSO	NIT 900518650-7
NOMBRE: GRACIELA HENAO CIFUENTES	EMPRESA: UNASALUD UT
TELEFONO: 3142917086 CARNET:	DIRECCION EMPRESA: CLL 22 N° 11A-73
DIRECCION: CRA 8 N° 3A 14	CONTRATO: SENA UNASALUD UT
MUNICIPIO SOGAMOSO EDAD: 71 AÑOS	S.O.A.T. # TIPO USUARIO 5 TIPO AFILIADO N
No. HISTORIA: 46350278	P.P. 321 P.S. 02
FECHA INGRESO: 15/11/2025 FECHA CORTE: 15/11/2025 FECHA SALIDA: 15/11/25	AMBULATORIO
AUTORIZACIÓN: 1330	NOMBRE AUTORIZADOR: SENA

PROCEDIMIENTOS

CODIGO	SEDE	DESCRIPCION	VLR.UNITARIO	CNT.	TOTAL
1383	001	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD	614.000,00	1	614.000,00
MULT	15/11/2025	161 UVB GRUPO 05 2025 Orden: 1			
39003	7183601	ESPECIALISTA	242.400,00	100	%
39207		SALA NO CRUENTO	194.700,00	100	%
39305		MATERIALES NO CRUENTO	176.900,00	100	%
1383	001	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD	121.200,00	1	121.200,00
MULT	15/11/2025	161 UVB GRUPO 05 2025 Orden: 2			
39003	7183601	ESPECIALISTA	121.200,00	50	%
SUBTOTAL PROCEDIMIENTOS :				2	735.200,00
TOTAL FACTURA:					735.200,00

VALOR A PAGAR POR ENTIDAD o EPS	735.200,00
VALOR DESCUENTOS	0,00
VALOR A PAGAR POR EL USUARIO	0,00
ABONOS	0,00
VALOR IVA	0,00
SALDO POR PAGAR POR EL USUARIO	0,00
VALOR PAGADO POR EL USUARIO	0,00
VALOR NO PAGADO POR EL USUARIO	0,00

SON EN TOTAL :

Valor a pagar por la empresa:

SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS CON CERO CENTAVOS

GRACIELA HENAO

Firma Paciente y/o Representante

C.C. No.

Fecha Rec. _____

DAYAN QUIJANO

Responsable Facturación EVELITH DAYAN QUIJANO SANCHEZ

Sede: SEDE UNICA

*** Items Particionados por Control de Topes por Usuario**

Recibimos los servicios expresados en esta factura y en consecuencia pagaremos a la orden CLINICA ESPECIALISTAS S.A. la totalidad del impor

te La presente factura de venta se asimila a una letra de cambio para todos sus efectos(Art.772-774 C.Co) y causa intereses de mora a partir

del vencimiento Reg Común. Agente retenedor de IVA. No somos autorretenedores. Cod Activ Economica 8610

AUTORIZACION DE FACTURACION ELECTRONICA NUMERO 18764100597331 DEL 24/10/2025. VIGENCIA 12 MESES DESDE EL NUMERO FECE 249.593 HASTA EL NUMERO FECE 300.000

RESOLUCION NO. 18764100597331 DEL 25/10/25. DESDE EL NO. FECE249593 HASTA EL NO. FECE300000

Programa Licenciado a: CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.

891856372 7J.0 *HOSVITAL*



Impreso: 2025-10-24

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: BOYACA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1330

Adscrito: 177041 - UNASALUD U.T
Dirección: C.LAG. CLL 22 N°11A 73 y C.ESP.CRA 9A N°14-17 SOGAMOSO
Teléfono(s): 7703680 - 7704400
Especialidad: CLINICAS - HOSPITALES - ODONTOLOGIA - CLINICAS - HOSPITALES

HC: 46350278

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO CIFUENTES GRACIELA identificado con el carne 9516812-C Conyuge de RODRIGUEZ PEREZ CARLOS ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Honorarios De Cirugia C04	2		

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA

038200 - NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES SOD

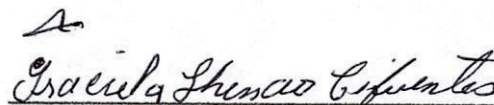
DX M541 RADICULOPATIA M548 OTRAS DORSALGIAS

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

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


Luis Fernando Torres Pangua
Médico Odontólogo
E.N. 131209
EL BOYACÁ

Médico/Odontólogo Asesor


Graciela Henao Cifuentes

Recibido a Satisfacción

C.C. 46350278

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46.350.278

HENAO CIFUENTES

APELLIDOS

GRACIELA

NOMBRES

Graciela Henao Cifuentes

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1954

LIBANO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

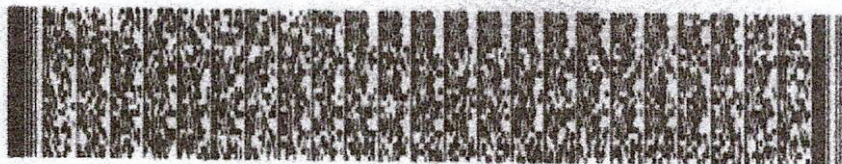
O+
G.S. RH

F
SEXO

28-FEB-1977 SOGAMOSO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0727700-00128889-F-0046350278-20081112

0005819800A 1

7330005176



9516812-C

Graciela

Henao Cifuentes

Id. N°. 46,350,278 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento: 24-02-1954

RH: O+



REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Graciela
Henao Cifuentes

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.

Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.



REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL



CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.

891856372

[RConInfPa

Fecha: 15/11/25

Hora: 07:40:57

Página: 1 de 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIAL

NUMERO DE HISTORIA CLINICA : CC 46350278

PACIENTE : GRACIELA HENAO CIFUENTES

Por medio de la presente CONSTANCIA, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, YO otorgo en forma Libre el consentimiento al doctor D. J. J. J. quien obra como médico adscrito a la CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A. libremente escogido por mi, para que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de otros profesionales de la salud que llegaren a requerirse, así como el personal auxiliar de servicios asistenciales que se hagan necesarios, se me practique la siguiente intervención o procedimiento: Remoción de...

Tanto EL DOCTOR Dr. J. J. J. a quien otorgo en forma libre este consentimiento, como el equipo que lo asista, quedan igualmente facultados para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados y descritos anteriormente, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

ESTE CONSENTIMIENTO y autorización han sido otorgados previo al examen que el Médico autorizado me ha practicado con el objeto de identificar el estado de salud o enfermedad y previa advertencia que él mismo ha hecho sobre los riesgos previstos para la intervención o procedimiento que se requiere, en los términos los cuales los ha consignado en la historia clínica. He sido informado sobre la existencia de riesgos imprevisibles, los cuales, por lo mismo no pueden ser prevenidos.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del citado MEDICO.

Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que requiera sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido y aceptado por el médico tratante. Autorizo al anestesiólogo para que utilice el tipo de anestesia que considere mas aconsejable de acuerdo a la condición clínica que tengo como paciente y al tipo de intervención que se requiere.

He sido advertido sobre los riesgos que para el caso conlleva la aplicación de la anestesia y he recibido satisfactorias explicaciones la respecto.

EL DOCTOR, a quien otorgo esta autorización y la CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A quedan autorizados para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo previo la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya practica solicitado a mi costa, si ello fuere necesario.

DECLARO que he sido advertido por el MEDICO autorizado en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad médica de medio, y que por esta razón no se pueden garantizar los resultados.

CERTIFICO que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su total integridad, y que he recibido todas las explicaciones por parte del MEDICO autorizado, con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento escrito.

Adicionalmente al firmar el presente documento confirmé la prestación efectiva del servicio mencionado comprobando la atención en mi estado de paciente o acudiente.

En constancia de los anterior firmo este documento haciendome responsable en su totalidad por el contenido de esta AUTORIZACION.

Sogamoso, _____ de _____ de 202__

El Paciente:

Nombre: Graciela Henao Cifuentes Cédula 46350278

Firma: Graciela Henao Cifuentes

**CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.**

891856372

SEDE UNICA

[RDesQui]

Fecha: 21/11/25

Hora: 10:38:35

Página: 1

DESCRIPCION DE CIRUGIAS

Paciente: CC 46350278 GRACIELA HENAO CIFUENTES

Edad: 71 AÑOS Fec. Nac: 24/02/1954

Afiliación: OTRO - SENA

Empresa: SENA UNASALUD UT

Pabellon: 9 CIRUGIA AMBULATORIA

Cama:

Fecha Cirugia: 15/11/2025

Sala: SALA DE CIRUGIA 3

Sede de Atención:

001

SEDE UNICA

CIRUGIAS

<u>CANT</u>	<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>Grp QX</u>	<u>UVR</u>
1	038201	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD *	161	

Cirujano: DANIEL FERNANDO OJEDA OJEDA

Especialidad: NEUROCIRUGIA

Via: COLUMNA DORSAL ABORDAJE POSTERIOR

OTROS PARTICIPANTES

<u>CÓDIGO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>TIPO</u>	<u>PARTICIPO?</u>
ME117	DANIEL FERNANDO OJEDA OJEDA	ESPECIALISTA	S

DESCRIPCION CIRUGIA

Cirujano ME117 DANIEL FERNANDO OJEDA OJEDA Esp. NEUROCIRUGIA
038201 NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD *

Diagnostico Preoperatorio: M513 OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTEBRAL
Diagnostico Postoperatorio: M513 OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTEBRAL
Tipo de Herida: LIMPIA **Tipo de Anestesia:** LOCAL **Tipo de Cirugia:** PROGRAMADA
Cantidad de Sangrado: 0 ml. **Via:** UNICA VIA
Realizacion Acto Quirurgico: **Fecha Inicio** 15/11/25 07:30:00 **Fecha Final** 15/11/25 08:10:00
Tiempo de Perfusión: 0 min. **Tiempo de Clamp:** 0 min.

Descripcion Quirurgica:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA
BAJO ANESTESIA LOCAL
PACIENTE EN DEUCBTIO PRONO
MONITORIA CONTINUA FC TA SAO2
COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
GUIA ECOGRAFICA (NO IRRADIACION AL PACIENTE CON RADIACION IONIZANTE)

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L4L5 DERECHAS SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L4L5 IZQUEIRDA SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L5S1 DERECHAS SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L5S1 IZQUEIRDA SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE RETIRAN CATETERES PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Complicacion:

DANIEL FERNANDO OJEDA OJEDA

Reg. 42107

NEUROCIRUGIA

*** FIN DEL REPORTE ***

**CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.****891856372 - 1**

RHsClxFch

Pag: 1 de 3

Fecha: 21/11/25

G.etaeo: 16

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 46350278 -- GRACIELA HENAO CIFUENTES****Empresa:** SENA UNASALUD UT**Afiliado:** SENA**Fecha Nacimiento:** 24/02/1954 **Edad actual :** 71 AÑOS**Sexo:** Femenino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3142917086**Dirección:**

CRA 8 N° 3A 14

Barrio: LA SIERRA**Departamento:**

BOYACA

Municipio: SOGAMOSO**Grupo Etnico:****Etnia:** Ninguno de los anteriores**Atención Especial:** OTROS**Nivel Educativo:** Media Academia o clásica (Bachillerato Básico)**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Discapacidad:** Ninguna**Ocupacion:** Ama de casa**Responsable:** JENNY MARCELA RODRIGUEZ 0**Teléfono:** 3103374784**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** JENNY RODRIGUEZ**Teléfono:** 3103374784**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 SEDE UNICA**Edad :** 71 AÑOS**FOLIO****99****FECHA** 15/11/2025 08:25:19**TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****CIRUGÍAS****CANT****CÓDIGO****DESCRIPCIÓN****Grupo
Quirúrgico**
161

1

038201

NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD *

Médico: DANIEL FERNANDO OJE **Especialidad:** NEUROCIRUGIA**Vía:** COLUMNA DORSAL ABORDAJ**DESCRIPCÓN CIRUGÍA****Medico** ME117 DANIEL FERNANDO OJEDA OJEDA **Especialidad** NEUROCIRUGIA**Diagnostico Preoperatorio:** M513 OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTEBRAL**Diagnostico Postoperatorio:** M513 OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTEBRAL**Tipo de Herida:** LIMPIA**Tipo de Anestesia:** LOCAL**Tipo de Cirugia:** PROGRAMADA**Cantidad de Sangrado:** 0 ml.**Vía:** UNICA VÍA**Realizacion Acto Quirurgico:** 15/11/2025 **Hora Inicio** 07:30:00 **Hora Final** 08:10:00**Tiempo de Perfusión:** 0 Minuto **Tiempo de Clamp:** 0 Minuto**Descripcion Quirurgica:**

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA

BAJO ANESTESIA LOCAL

PACIENTE EN DEUCBTIO PRONO

MONITORIA CONTINUA FC TA SAO2

COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES

GUIA ECOGRAFICA (NO IRRADIACION AL PACIENTE CON RADIACION IONIZANTE)

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L4L5 DERECHAS SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L4L5 IZQUEIRDA SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L5S1 DERECHAS SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE PASA CATETER ESPINAL A FACTEAS ARTICUALRES L5S1 IZQUEIRDA SE APLICA SUSTANCIA NEUROLITICA PARA NEUROLISIS DE RAICES ESPAINELS EN LOS CUATRO CUADRANTES DE LA ARTICULACION FACETARIA

SE RETIRAN CATETERES PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Complicaciones: SI ☐ NO ☒

**CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.****891856372 - 1**

RHsClxFch

Pag: 2 de 3

Fecha: 21/11/25

G.etaeo: 16

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 46350278 -- GRACIELA HENAO CIFUENTES****Empresa:** SENA UNASALUD UT**Afiliado:** SENA**Fecha Nacimiento:** 24/02/1954 **Edad actual :** 71 AÑOS**Sexo:** Femenino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3142917086**Dirección:**

CRA 8 N° 3A 14

Barrio: LA SIERRA**Departamento:**

BOYACA

Municipio: SOGAMOSO**Grupo Étnico:****Etnia:** Ninguno de los anteriores**Atención Especial:** OTROS**Nivel Educativo:** Media Academia o clásica (Bachillerato Básico)**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Discapacidad:** Ninguna**Ocupacion:** Ama de casa**Responsable:** JENNY MARCELA RODRIGUEZ 0**Teléfono:** 3103374784**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** JENNY RODRIGUEZ**Teléfono:** 3103374784**Hallazgos:**

DOLOR

Tejidos enviados a patología : SI ☐ NO ☒**DANIEL FERNANDO OJEDA OJEDA**

Reg. 42107

NEUROCIRUGIA

OTROS PARTICIPANTES**CÓDIGO**

ME117

NOMBRE

DANIEL FERNANDO OJEDA OJEDA

TIPO

ESPECIALISTA

PARTICIPO?

S

ANALISIS Y PLAN**SEDE DE ATENCIÓN:** 001

SEDE UNICA

Edad : 71 AÑOS**FOLIO**

100

FECHA: 15/11/2025 10:21:47**TIPO DE ATENCIÓN**

AMBULATORIO

NOTAS ENFERMERIA

07+50 INGRESA PACIENTE ALERTA CONSCIENTE Y ORIENTADO A CX AMBULATORIA, CAMINANDO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON HCL Y ORDEN PARA PROCEDIMIENTO QX CON DR OJEDA MEDIANTE EL USO DE TODOS LOS IMPLEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LOS PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION Y DE LOS ORGANISMOS DE SALUD OFICIALES ESTATALES SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES DEL PACIENTE, PACIENTE CON BUEN PATRON RESPIRATORIO AL AMBIENTE.

SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, RIESGOS Y CONSECUENCIAS, PACIENTE Y FAMILIAR REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAN, FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QX CON DR OJEDA SE PASA HCL A PROGRAMACION.

08+30 SE PASA PACIENTE A SALA DE CX PARA PROCEDIMIENTO QX " "

2 NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD * ES BIALETAL T7 T8", ALERTA, ORIENTADO, ESTABLE, CON HISTORIA CLINICA COMPLETA.

Nota realizada por: RONAL EZEQUIEL PAJARO CC 1044919352 Fecha: 15/11/25 10:21:48

RONAL EZEQUIEL PAJARO CC 1044919352

Reg. 1044919352

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ANALISIS Y PLAN

**CLINICA DE ESPECIALISTAS S.A.****891856372 - 1**

RHsClxFch

Pag: 3 de 3

Fecha: 21/11/25

G.etaeo: 16

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 46350278 -- GRACIELA HENAO CIFUENTES****Empresa:** SENA UNASALUD UT**Afiliado:** SENA**Fecha Nacimiento:** 24/02/1954 **Edad actual :** 71 AÑOS**Sexo:** Femenino**Grupo Sanguíneo:****Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3142917086**Dirección:** CRA 8 N° 3A 14**Barrio:** LA SIERRA**Departamento:** BOYACA**Municipio:** SOGAMOSO**Grupo Etnico:****Etnia:** Ninguno de los anteriores**Atención Especial:** OTROS**Nivel Educativo:** Media Académia o clásica (Bachillerato Básico)**Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO**Discapacidad:** Ninguna**Ocupacion:** Ama de casa**Responsable:** JENNY MARCELA RODRIGUEZ 0**Teléfono:** 3103374784**Parentesco:** Hijo**Acompañante:** JENNY RODRIGUEZ**Teléfono:** 3103374784**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 SEDE UNICA**Edad :** 71 AÑOS**FOLIO****101****FECHA** 15/11/2025 13:56:14**TIPO DE ATENCIÓN****AMBULATORIO****NOTAS ENFERMERIA**

9+35H INGRESA PCTE CAMINANDO A SALAS DE CX N° 3 ALERTA ORIENTADA CON ORDEN ,CONCENTIMIENTOS INFORMADOS Y FIRMADOS PARA PROCEDIMIENTO AMBULATORIO CON DR DANIEL OJEDA ,PCTE SE ACOMODA EN MESA QX, SE MONITORIZA, DR OJEDA REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA HABITUAL CON CLOREXIDINA ESPUMA, DR OJEDA INICIA PROCEDIMIENTO NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES GUIADO CON ECOGRAFO DURANTE PROCEDIMIENTO PÁCIENTE ESTABLE ,DR TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES .

PACIENTE ESTABLE ALERTA REFIERE SENTIRSE BIEN PACIENTE ORIENTADO ALERTA EN BUEN ESTADO GENERAL ,POR ORDEN DE DR OJEDA SE TRASLADA A CX AMBULATORIA PARA SALIDA.

PACIENTE SE VISTE CON ROPA DE CALLE TOLERA VIA ORAL SE ENTREGAN ORDENES MEDICAS Y CONTROL POR C/E SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA ,SALE PACIENTE DEL SERVICIO CAMINANDO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIARES

Nota realizada por: NIDIA CONSUELO CRISTANCHO CC 46378033 Fecha: 15/11/25 13:56:15