



DEPARTAMENTO DE POLICIA DE CESAR AREA DE  
SANIDAD CESAR  
FORMATO UNICO DE AUTORIZACIONES

MBRE DEL E  
DECES  
CODIGO



62

ET/378

|                                                                                                     |     |      |                                        |                                 |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|----------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| FECHA                                                                                               |     |      | GRADO                                  | APELLIDOS Y NOMBRES DEL USUARIO |                      |
| DIA                                                                                                 | MES | AÑO  |                                        |                                 |                      |
| 8                                                                                                   | 11  | 2019 |                                        | RINCON GAONA SEBASTIAN          |                      |
| TIPO FUNCIONARIO                                                                                    |     |      | CARNET N.                              | EDAD                            | DIRECCION IPS        |
| BN                                                                                                  |     |      | CC79815135                             | AÑOS                            | CARRERA 17 A NO16-17 |
| Nº DE CONTRATO                                                                                      |     |      | UNIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO         |                                 |                      |
| 23-7-20060-2019                                                                                     |     |      | IMAGEN RADIOLOGICA Y DIAGNOSTICA S.A S |                                 |                      |
| TEL                                                                                                 |     |      | SERVICIO SOLICITADO                    |                                 |                      |
|                                                                                                     |     |      | AUTORIZACION DE :                      |                                 |                      |
| 5891005                                                                                             |     |      | RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE       |                                 |                      |
| 3175170295                                                                                          |     |      |                                        |                                 |                      |
|                                                                                                     |     |      | ORDEN VALIDA POR 80 DIAS               |                                 |                      |
| VALOR TOTAL                                                                                         |     |      | VALOR EN LETRAS                        |                                 |                      |
| MEDICO DE REFERENCIA                                                                                |     |      | SELO DE AUTORIZACION                   |                                 |                      |
| Firma de Higo Alberto P. Medico Cirujano - R.C. 170109220 Unilibre - C.C. 17.0109220 Auditor Medico |     |      | FIRMA USUARIO                          |                                 |                      |
|                                                                                                     |     |      | F9815135                               |                                 |                      |



# IMAGEN RADIOLOGICA DIAGNOSTICA S.A.S.

824006480

DIR : Cra 17A No. 16-17 Valledupar - Cesar

PBX : (57) 5 589 10 05 Email: info@irdsas.com



**ORIGINAL**

Fecha : 15/11/2019

Hora : 04:30 p.m.

Página 1/1

Vence en 30 Días

CLIENTE DEPARTAMENTO DE POLICIA DEL CESAR

NIT 800140623

Contrato: 0229

DIRECCIÓN CL 14 15 78

**FACTURA DE VENTA FVC 741240**

**15 nov 2019 04:32 p.m.**

Código IPS 200010077901 Plan 0229

Paciente 79815135 SEBASTIAN RINCON GAONA

Tipo: Cédula\_Ciudadanía Ingreso 889442

Régimen Contributivo

Sexo Masculino

Edad 44 Años \ 10 Meses \ 9 Días

F. Nac. 06/01/1975

Dirección MN O CS 9 URB CEIBA ALTAGRACIA

Teléfono 3143381480

Estrato GENERAL

Autorización ET/378

Fec Ingreso 15/11/2019

Facturador 1065626433 - JHON FREDYS PINEDA BARROS

| CÓDIGO                                | NOMBRE                                                                                                        | CANT | VR UNIT       | AJUSTE  | VR PAC  | VR ENT        |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|---------|---------|---------------|
| <b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS</b> |                                                                                                               |      |               |         |         |               |
| 883230                                | RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA<br>LUMBOSACRA SIMPLE<br>Médico : 77006009 - RODRIGO<br>SOCARRAS DAVID | 1,00 | \$ 311.129,75 | \$ 0,25 | \$ 0,00 | \$ 311.130,00 |

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS

VALOR CUOTA DE RECUPERACION

VALOR ANTICIPO

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO

VALOR DESCUENTO

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO

\$ 0,00

\$ 0,00

\$ 311.130,00

**TOTAL:** TRESCIENTOS ONCE MIL CIENTO TREINTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

REPRESENTANTE LEGAL

ACEPTADA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 49.815.135

RINCON GAONA

APELLIDOS  
SEBASTIAN

NOMBRES

  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1975

**SANTANA**  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**31-OCT-1994 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

R-1E20:50-00614600-M-0079815135-20140828 0039709211A 5 42238110

**FECHA: 15 DE NOVIEMBRE DE 2019.**

**NOMBRE** : SEBASTIAN RINCON GAONA.  
**IDENTIF** : 79815135.  
**EDAD** : 44 AÑOS.  
**ESTUDIO** : RESONANCIA DE COLUMNA LUMBOSACRA.  
**ORDENADOR** : DEPARTAMENTO DE POLICIA DEL CESAR

Con equipo de **1.5 Tesla**, se realizó la exploración de la columna lumbosacra con imágenes por **Resonancia Magnética** en los planos sagitales con secuencias que ponderan los tiempos **T1 y T2**, y en el plano axial con secuencias que ponderan los tiempos **T2** observando:

Buen lineamiento de los cuerpos vertebrales de la columna lumbar, altura y señal de los mismos preservada.

Espondilolistesis L5/S1, con cambio de lisis de pars interarticular.

Disminución de amplitud del espacio intervertebral L5-S1.

Los discos intervertebrales L1-L2, L2-L3 y L3-L4 de apariencia normal.

Abombamiento concéntrico más pronunciado en su aspecto central anulo fibroso del disco intervertebral L4-L5, con fisura de sus fibras más posteriores, contactan el estuche dural anteriormente.

Protrusion concéntrica del disco intervertebral L5-S1, con deshidratación del mismo, condiciona disminución de amplitud de los forámenes de emergencia de las raíces nerviosas respectivas.

Incremento de amplitud del diámetro antero-posterior del canal raquídeo nivel L5-S1.

Recesos laterales y forámenes emergentes de las raíces nerviosas de amplitud conservada.

Planos blandos para espinales sin alteraciones.

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:** Espondilolistesis L5/S1, con cambio de lisis de pars interarticular.

- Disminución de amplitud del espacio intervertebral L5-S1.
- Abombamiento concéntrico más pronunciado en su aspecto central anulo fibroso del disco intervertebral L4-L5, con fisura de sus fibras más posteriores, contactan el estuche dural anteriormente.
- Protrusion concéntrica del disco intervertebral L5-S1, con deshidratación del mismo, condiciona disminución de amplitud de los forámenes de emergencia de las raíces nerviosas respectivas.

Atentamente,

**DR. RODRIGO SOCARRAS.**

Medico Radiólogo.

R.M.10353.

Y.

Versión 03

[www.irdsas.com](http://www.irdsas.com)

Valledupar Cesar - Carrera 17A No. 16-17 Hernando De Santana  
PBX: 589 1005 / Celular: 350 860 6105

Sede La Jagua de Ibirico

Diagonal 1 No. 3A-173 Tel. 576 9786 / Cel. 315 243 8261

Vigencia 21/06/2013

La Loma - Av. Principal Calle 10 No. 19-11  
Tel. 553 3433 / Cel. 316 227 6924



POLICIA NACIONAL

**DIRECCIÓN DE SANIDAD**  
**ORDEN DE SERVICIO DE IMAGENES**  
**ESPAB VALLEDUPAR**

No Orden

1910018531

Fecha de Imresión  
2019/10/17 10:07:16

Paciente : CC 79815135 SEBASTIAN RINCON GAONA

No. Historia : 79815135 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION

Tipo Vinculación : COTIZANTE

Categoría :C

Fecha de Evolución : 2019/10/17

Edad : 44 Años

Sexo :

Masculino

Ubicación Sin Asignación de Cama

Ámbito : Ambulatorio

Servicio Solicitado

Catastrófica Código  
NO 883230

Prestación  
RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA  
LUMBOSACRA SIMPLE +

Cantidad Prioridad  
1 NORMAL

Código

Descripción

Impresión Diagnóstica M511

TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS CON RADICULOPATIA

Datos Clínicos de Importancia RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE +

Datos Relevantes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas Previas

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE +

Estudio de: (Parte del Cuerpo) RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE +

Estudio de: (Parte del Cuerpo)

Requiere Equipo Portatil

NO

Requiere Ecografo Portatil

NO

Requiere

Intensificador/Fluoroscopia

NO

Antecedentes

NN

**ORDENADO**

22325

MURILLO DAZA EIBAR AGUSTIN

Firma:

C:\VPS\Reportes\rptpatol.rpt

*Handwritten signature and stamp:*  
Eibar Murillo Daza  
TRATAMIENTOS Y ORTOPEDIA  
RUGLA ORTOPEDICA  
C.M.D. 432



# FICHA DE DATOS CLINICOS

VERSION: 04

VIGENCIA: A: 28/03/12

RNM

Tipo de Estudio: cel. lumb.

Fecha: \_\_\_\_\_

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| DATOS PERSONALES     |                       |
| Nombre del paciente: | <u>Sebastian Mena</u> |
| Nº Identificación:   |                       |
| Teléfono:            |                       |
| Correo Electrónico:  |                       |
| Edad:                | <u>44</u>             |
| Sexo:                | F <u>M</u>            |
| Peso:                | <u>82</u>             |

Diagnóstico:

DATOS CLINICOS

Order de estudio de columna  
lumbosacra

Antecedentes Alérgicos:

Embarazo: SI NO NA NO

OBSERVACIONES: PLACAS PRESTADAS SI NO

Diligenciado por: \_\_\_\_\_