E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283231

Fecha Factura:	25/03/2026	
Fecha Vencimiento:	25/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	25/03/2026	10:22:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	25/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: c2d643f9df2e35c70d8355a9010ff96f5525f0fa8fb475ca02c3121d62a2118e731d9c10d5e7aac387320ca5136cef9c

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 1138274022 CEBALLOS QUIMBAYA ESTEFANIA **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2778026	24/02/20						Ayudas Dx			105,100	0	105,100
		903844				11729145	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA G	1.00	105,100.00			
									Total Paciente	105,100	0	105,100

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: CIENTO CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	105,100
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	105,100

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

283231

Historia N° 1138274022 Documento N° CC 1138274022 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,778,026
Paciente CEBALLOS QUIMBAYA ESTEFANIA Fecha 24/02/2026
Edad 20 año(s) Sexo Fem Carné 0 Hora: 08:04
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11729145 Ciudad
Cajero NBADILLO **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA GESTANTE	1.00	105,100	105,100	0

TOTAL CARGOS 105,100
TOTAL ADMINISTRADORA 105,100

CIENTO CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA DEL PACIENTE

1149

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11729145 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 23/2/2026 16:20:26

Información del Prestador

Nombre	HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE	**Identificación Prestador**	890801035
Departamento	CALDAS	**Municipio**	AGUADAS
Dirección	CARRERA 3 CALLE 16 Y 17	**Teléfono**	0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre	ESTEFANIA CEBALLOS QUIMBAYA	**Identificación Paciente**	1138274022
Departamento		**Municipio**	
Dirección	CRA 12A 64C67	**Teléfono**	68750926
Fecha de Nacimiento	8/8/2005		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA EXCLUYE: 90.3.8.84, 90.3.8.85, 90.3.8.86, 90.3.8.87, 90.3.8.88, 90.3.8.89, 90.3.8.90, 90.3.8.91, 90.3.8.92, 90.3.8.93 Y 90.3.8.94	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE GESTANTE QUIEN REQUIERE LABORATORIOS PRENATAL
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200234-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	VANESA JIULIA ZEPEDA CORREAL
Registro Médico	30236
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.138.274.022



Apellidos
CEBALLOS QUIMBAYA

Nombres
ESTEFANIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.65	F

Fecha de nacimiento — G.S.
08 AGO 2005 — O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
09 AGO 2023, AGUADAS

Firma
Estefania Ceballos

Fecha de expiración
14 AGO 2033

0220011922

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I C C O L 0 2 8 9 0 1 9 9 8 6 0 9 0 0 4 < < < < < < < < < <
0 5 0 8 0 8 9 F 3 3 0 8 1 4 3 C O L 1 1 3 8 2 7 4 0 2 2 < 3
C E B A L L O S < Q U I M B A Y A < < E S T E F A N I A < <

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 1138274022 **CASUR**
Documento de Identificación

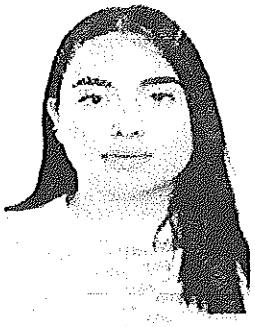
CEBALLOS QUIMBAYA
Apellidos

ESTEFANIA
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

08-AGO-2030 CC75050653
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoría del Titular





08-AGO-2005 306131140
Fecha de nacimiento Numero de carné

O + F
GS.Rh Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

Nit. 890801035

Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 29/01/2026 09:07:47a.m.
Lugar y Fecha: AGUADAS, CALDAS 29/01/2026 09:07:47a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1138274022 ESTEFANIA CEBALLOS QUIMBAYA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario:BENEFICIARIOS RANGO A
No Historia: 1138274022 Orden N°: 1987074
Registro de Admision:0

- Procedimiento: 903844 - GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA GESTANTE
Cantidad: 1.00

Indicaciones: 2195386A REALIZAR ENTRE LA SEMANA 24-28 -- CARGA: 75 GRAMOS. REPORTAR: GLICEMIA PRE* POST 1 HORA Y POST 2 HORAS

DX Principal: Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO



DR. PAOLA DANIELA GRACIANO RODRIGUEZ
CC 1017221762
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 1017221762

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

LABORATORIO CLINICO

Usuario: FECHA DE IMPRESION: 24-marzo-2026 08:28:08a.

PACIENTE: CEBALLOS QUIMBAYA ESTEFANIA

DOCUMENTO: 1138274022

EDAD: 20 año(s) **Telefono:** 3127634686

GENERO: Femenino

SECCION: QUIMICA

EXAMEN: CURVA DE TOLERANCIA ALA GLUCOSA **ORDEN:** 1,960,515 **CONSECUTIVO:** 1149

Fecha del Examen: 24-02-2026 9:38 am
Fecha Validación: 24/02/2026 03:20:00p.m.

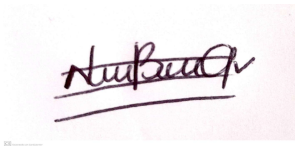
GRUPO: Analito

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite
01	GLICEMIA PRE	75		mg/dl	0	70.00	105.00	2*000

GRUPO: QUIMICA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite
02	GLICEMIA 1 HORA	133		mg/gl	0	0	0	0
03	GLICEMIA 2 HORAS POST CARGA	101		mg/dl	0	0	0	0

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN : NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283235

Fecha Factura:	25/03/2026	
Fecha Vencimiento:	25/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	25/03/2026	10:28:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	25/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: e26445c837fc20154be4c04d8285d517e4777fd55370e9ceab72ff936e5d55096164d6d7c1281ee6d92d10a767d61c4b

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 1138274022 CEBALLOS QUIMBAYA ESTEFANIA **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2778657	25/02/20						Ayudas Dx			89,500	0	89,500
		901235				11729091	UROCULTIVO GESTANTES	1.00	42,000.00			
		901001				11729091	ANTIBIOGRAMA GESTANTE	1.00	47,500.00			
									Total Paciente	89,500	0	89,500

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	89,500
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	89,500

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

283235

Historia N° 1138274022 Documento N° CC 1138274022 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,778,657
Paciente CEBALLOS QUIMBAYA ESTEFANIA Fecha 25/02/2026
Edad 20 año(s) Sexo Fem Carné 0 Hora: 07:57
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICI.. Autoriz 11729091 Ciudad
Cajero NBADILLO **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
901235	UROCULTIVO GESTANTES	1.00	42,000	42,000	0
901001	ANTIBIOGRAMA GESTANTE	1.00	47,500	47,500	0

TOTAL CARGOS 89,500
TOTAL ADMINISTRADORA 89,500

OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Estefania C.
FIRMA DEL PACIENTE

3225944525.

1239

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11729091 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 23/2/2026 16:15:40

Información del Prestador

Nombre	HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE	**Identificación Prestador**	890801035
Departamento	CALDAS	**Municipio**	AGUADAS
Dirección	CARRERA 3 CALLE 16 Y 17	**Teléfono**	0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre	ESTEFANIA CEBALLOS QUIMBAYA	**Identificación Paciente**	1138274022
Departamento		**Municipio**	
Dirección	CRA 12A 64C67	**Teléfono**	68750926
Fecha de Nacimiento	8/8/2005		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	1
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA INCLUYE: SECRECION VAGINAL, URETRAL O RECTAL	1
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO) Incluye: RECUENTO DE COLONIAS, IDENTIFICACION DE GENERO O ESPECIE	1

Datos de Internación

Fecha Desde **Fecha Hasta**

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE GESTANTE QUIEN REQUIERE LABORATORIOS PRENATAL
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200234-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	VANESA JIULIA ZEPEDA CORREAL
Registro Médico	30236
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 1138274022 **CASUR**
Documento de Identificación

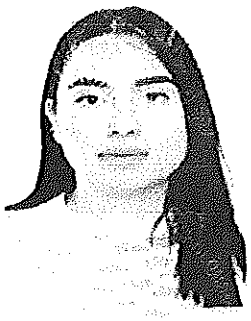
CEBALLOS QUIMBAYA
Apellidos

ESTEFANIA
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

08-AGO-2030 CC75050653
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoría del Titular





08-AGO-2005
Fecha de nacimiento

306131140
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

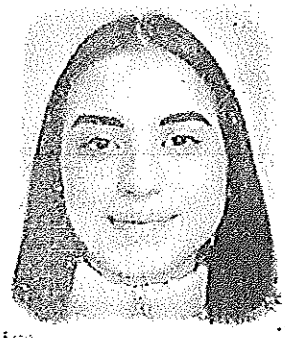
VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.138.274.022



Apellidos
CEBALLOS QUIMBAYA

Nombres
ESTEFANIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Grupo sanguíneo
O+

Fecha de nacimiento
08 AGO 2005

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
09 AGO 2023, AGUADAS

Firma
Estefania Ceballos

Fecha de expiración
14 AGO 2033

Powered by CamScanner

0222011222

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0289019986090O4<<<<<<<<<<
0508089F3308143COL1138274022<3
CEBALLOS<QUIMBAYA<<ESTEFANIA<<

Powered by CamScanner

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

Nit. 890801035

Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 29/01/2026 09:07:47a.m.
Lugar y Fecha: AGUADAS, CALDAS 29/01/2026 09:07:47a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1138274022 ESTEFANIA CEBALLOS QUIMBAYA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario:BENEFICIARIOS RANGO A
No Historia: 1138274022 Orden N°: 1987065
Registro de Admision:0

- **Procedimiento:** 901235 - UROCULTIVO GESTANTES
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** 901001 - ANTIBIOGRAMA GESTANTE
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** 901107 - Frotis de Flujo Vaginal
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

DX Principal: Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Paola Daniela Graciano R.
Médico General
C.C. 1.017.221.762
Universidad de Antioquia

DR. PAOLA DANIELA GRACIANO RODRIGUEZ
CC 1017221762
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 1017221762

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

LABORATORIO CLINICO

Usuario: FECHA DE IMPRESION: 24-marzo-2026 08:36:30a.

PACIENTE: CEBALLOS QUIMBAYA ESTEFANIA

DOCUMENTO: 1138274022

EDAD: 20 año(s) **Telefono:** 3127634686

GENERO: Femenino

SECCION: MICROBIOLOGIA

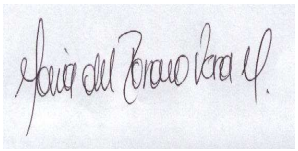
EXAMEN: UROCULTIVO **ORDEN:** 1,962,581 **CONSECUTIVO:** 1239

Fecha del Examen: 25-02-2026 10:02 an
Fecha Validación: 26/02/2026 12:39:00p.m.

GRUPO: MICROBIOLOGIA

Analito	Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA			
				Limite inf	Inferior	Superior	Limite
01 RESULTADO 1	NEGATIVO A LAS 24 HORAS			0	0	0	0

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN : MARIA DEL ROSARIO VERA

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283237

Fecha Factura:	25/03/2026	
Fecha Vencimiento:	25/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	25/03/2026	10:30:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	25/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 76a4615a665f2d8ff1dace7bd3e1211178efb8dbfcee189ae093a142a6e8b25095 47dfbb59208c45d75384d9c1afa55c

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 75048940 GALEANO PALACIO MARIO ALBERTO **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2779264	26/02/20						Ayudas Dx			78,100	0	78,100
		903856				11739876	Nitrógeno uréico	1.00	18,300.00			
		902207				11739876	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y	1.00	37,900.00			
		903895				11739876	CREATININA suero orina y otros	1.00	21,900.00			
									Total Paciente	78,100	0	78,100

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: SETENTA Y OCHO MIL CIEN PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	78,100
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	78,100

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

233237

Historia N° 75048940 Documento N° CC 75048940

ORDEN DE SERVICIO: 2,779,264

Paciente GALEANO PALACIO MARIO ALBERTO

Fecha 26/02/2026

Edad 52 año(s) Sexo Mas Carné

Hora: 07:08

Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8

Regimen POLICIA Autoriz 11739876

Ciudad

Cajero YPGUTIERREZ

Servicio Ambulatorio

Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
903856	Nitrógeno uréico	1.00	18,300	18,300	0
902207	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	1.00	37,900	37,900	0
903895	CREATININA suero orina y otros	1.00	21,900	21,900	0

TOTAL CARGOS 78,100
TOTAL ADMINISTRADORA 78,100

SETENTA Y OCHO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA DEL PACIENTE

1266.

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD
FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Código de Atención: 11739876 **Fecha y hora de elaboración:** 25/2/2026 07:13:07

Información del prestador:

Nombre: 890801035 - HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE

Departamento: CALDAS **Municipio:** AGUADAS

Dirección: CARRERA 3 CALLE 16 Y 17 **Teléfono:** 0968-514340 - 514740

Información del paciente:

Nombre: MARIO ALBERTO GALEANO PALACIO

Departamento: CALDAS **Identificación:** 75048940

Municipio: AGUADAS **Municipio:** AGUADAS

Fecha de Nacimiento: 3/10/1973 **Teléfono:**

Servicios autorizados:

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	1
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
903856	NITROGENO UREICO	1

25/02/2026 1:00:00 a. m. **25/02/2026 11:59:00 p. m.**

Observaciones:

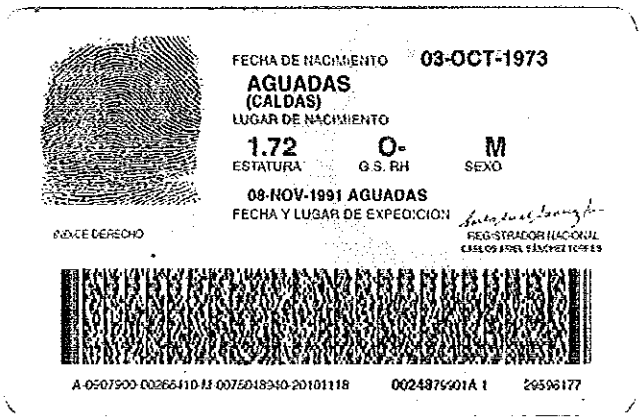
PACIENTE QUIEN REQUIERE EXAMEN DE LABORATORIO. Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200234-25

Datos funcionario que autorizó el servicio:

Nombre: VANESA JIULIA ZEPEDA CORREAL

IMPORTANTE: Autorización válida por 90 días. Sujeta a auditoria de Cuentas Médicas

AUTORIZACIÓN ORIGINAL



FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1973

AGUADAS
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

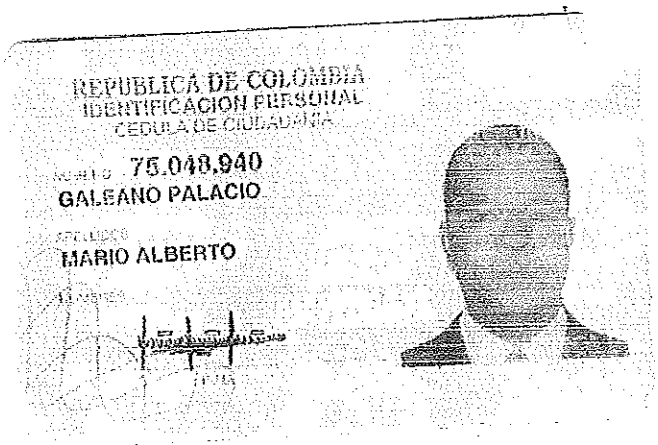
1.72 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

08-NOV-1991 AGUADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0507900-00266410-M-0075018940-20101118 0024875901A 1 29596177



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 75.048.940
GALEANO PALACIO

APELLIDOS
MARIO ALBERTO

FIRMA



03-OCT-1973
Fecha de nacimiento

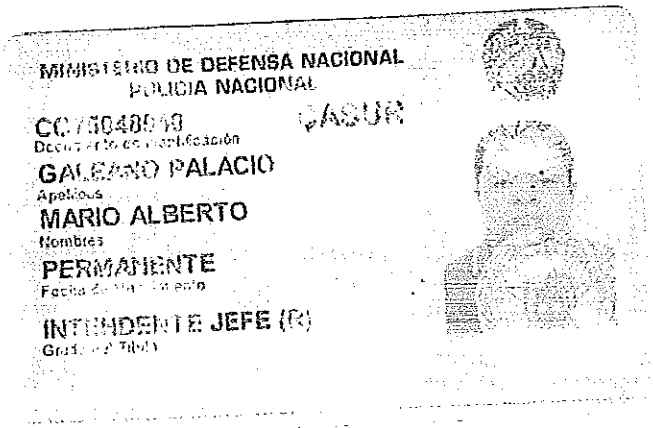
000923753
Numero de carné

O -
GS Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 75048940 PASUR
Documento de identificación

GALEANO PALACIO
Apellidos

MARIO ALBERTO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de vinculación

INTENDENTE JEFE (R)
Grado y Título

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

Nit. 890801035

Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 21/02/2026 07:52:56a.m.
Lugar y Fecha: AGUADAS, CALDAS 21/02/2026 07:52:56a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 75048940 MARIO ALBERTO GALEANO PALACIO
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario:POLICIA
No Historia: 75048940 Orden N°: 2002263
Registro de Admision:0

- Procedimiento: S19304 - Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- Procedimiento: S19290 - CREATININA suero orina y otros
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- Procedimiento: S19749 - Nitrógeno uréico
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

DX Principal: D649 ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 1: K922 HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 2: I429 CARDIOMIOPATIA, NO ESPECIFICADA
Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Paola Daniela Graciano R.
Médico General
C.C. 1.017.221.762
Universidad de Antioquia

DR. PAOLA DANIELA GRACIANO RODRIGUEZ
CC 1017221762
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1017221762

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

LABORATORIO CLINICO

Usuario: FECHA DE IMPRESION: 24-marzo-2026 08:34:02a.

PACIENTE: GALEANO PALACIO MARIO ALBERTO

DOCUMENTO: 75048940

EDAD: 52 año(s) **Telefono:** 3147431208

GENERO: Masculino

SECCION: HEMATOLOGIA

EXAMEN: CUADRO HEMATICO **ORDEN:** 1,961,955 **CONSECUTIVO:** 1266

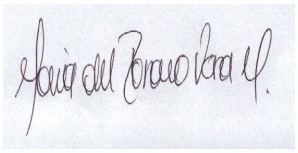
Fecha del Examen: 26-02-2026 9:20 am
Fecha Validación: 26/02/2026 09:44:00a.m.

GRUPO: HEMATOLOGIA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite
01	LEUCOCITOS	7.9		10 ^3/m^3	0	3.50	10.00	100.(
03	HEMOGLOBINA	12.1		g/dl	0	11.00	16.50	25.(
04	HEMATOCRITO	37.9		%	0	35.00	50.00	70.(
05	PLAQUETAS	236000		mm^3	5*000.00	150*000.00	390*000.00	600*00
06	GRANULOCITOS	80		%	0	43.00	76.00	100.(
07	LINFOCITOS	16		%	0	17.00	48.00	100.(
08	CELULAS MIXTAS	4		%	0	4.00	10.00	100.(

10	MCV	81	um^3	0	80.00	97.00	200.(
11	MCH	25	pg	0	26.50	33.50	50.(
12	MCHC	31	g/dl	0	31.50	35.00	50.(

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN :MARIA DEL ROSARIO VERA

SECCION: QUIMICA

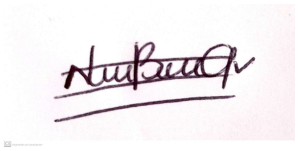
EXAMEN: CREATININA **ORDEN:** 1,962,579 **CONSECUTIVO:** 1266

Fecha del Examen: 26-02-2026 9:20 am
Fecha Validación: 26/02/2026 12:39:00p.m.

GRUPO: QUIMICA

					VALORES DE REFERENCIA			
Analito		**Resultado 1**	**Resultado 2**	**Unidad**	**Limite inf**	**Inferior**	**Superior**	**Limite**
01	CREATININA	1.4		mg/dl	0.20	0.90	1.30	10.(

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN :NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

SECCION: QUIMICA

PACIENTE: GALEANO PALACIO MARIO ALBERTO

DOCUMENTO: 75048940

EDAD: 52 año(s) **Telefono:** 3147431208

GENERO: Masculino

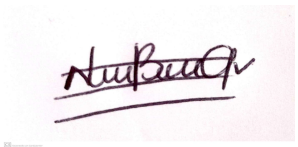
EXAMEN: NITROGENO UREICO **ORDEN:** 1,962,580 **CONSECUTIVO:** 1266

Fecha del Examen: 26-02-2026 9:20 am
Fecha Validación: 26/02/2026 12:39:00p.m.

GRUPO: QUIMICA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite
01	NITROGENO UREICO	23		mg/dl	0	7.00	18.00	100.(

Comentario



RESPONSABLE DEL EXAMEN : NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes
Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283238

Fecha Factura:	25/03/2026	
Fecha Vencimiento:	25/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	25/03/2026	10:33:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	25/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 2bafa6a9d74ac3b12f97209f10edc3181e53e29a0c29604b6de46c6fd44765f7a2f4b254d6ab6f3024b8437011e5f2f1

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 1053800103 GRISALES GONZALEZ JULIAN FELIPE **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2784905	07/03/20	890701				11812235	Consulta de urgencias	1.00	90,000.00	90,000	0	90,000
									Total Paciente	90,000	0	90,000

CC 1053800103 GRISALES GONZALEZ JULIAN FELIPE **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2784905	07/03/20						Elementos			29,781	0	29,781
		20046007-2				11812235	TOXOIDE TETANICO	1.00	29,781.00			
									Total Paciente	29,781	0	29,781

CC 1053800103 GRISALES GONZALEZ JULIAN FELIPE **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2784905	07/03/20						Elementos			670	0	670
		MQ002		A2000217 4-01		11812235	Jeringas X 10 CC	1.00	670.00			
									Total Paciente	670	0	670

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: CIENTO VEINTE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	120,451
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	120,451

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 1053800103 Documento N° CC 1053800103 **ORDEN DE SERVICIO (Copia) :** 2,784,905
Paciente GRISALES GONZALEZ JULIAN FELIPE Fecha 07/03/2026
Edad 36 año(s) Sexo Mas Carné Hora: 20:34
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11812235 Ciudad
Cajero JMLONDOÑO **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
890701	Consulta de urgencias	1.00	90,000	90,000	0
20046007-2	TOXOIDE TETANICO	1.00	29,781	29,781	0
MQ002	Jeringas X 10 CC	1.00	670	670	0

TOTAL CARGOS 120,451
TOTAL ADMINISTRADORA 120,451

CIENTO VEINTE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

I. Londoño
FIRMA RESPONSABLE

Juan Felipe Grisales
FIRMA DEL PACIENTE

FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

300 - DIRECCION DE SANIDAD NIVEL CENTRAL

Código de Atención 11812235 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/7/2026 17:58

Información del Prestador

Nombre 890801035*HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE*AGUADAS*CALDAS
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS
Dirección CARRERA 3 CALLE 16 Y 17 **Teléfono** 0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre JULIAN FELIPE GRISALES GONZALEZ
Número Documento 1053800103
Fecha de Nacimiento 25/12/1989
Dirección KR 3 # 6 - 06 **Teléfono** 0000
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS

Servicio(s) Autorizado(s)

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización URGENCIAS
Fecha de Ingreso 2026/03/07 15:57:00
Diagnóstico S818 - HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
Observaciones

SE VERIFICAN DERECHOS Y SE GENERA CÓDIGO DE URGENCIAS. EN CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL, SE REQUIERE LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL CORREO ELECTRÓNICO DISAN.GRISS-AUT@POLICIA.GOV.CO Y DISAN.REFER-NAL@POLICIA.GOV.CO (PARA AUTORIZACIONES DE URGENCIAS) Y DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO (PARA SERVICIOS POSTERIORES A LA URGENCIA) DE LOS REPORTES DE CONCEPTOS MÉDICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE RELEVANCIA CLÍNICA QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN PRIORITARIA.PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES MÉDICOS O ALÉRGICOS. CONSULTA POR CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN MORDEDURA DE PERRO EN LA PIERNA DERECHA, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL, NO PRESENTA DOLOR, ESTÁ SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TIENE CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, NORMOCARDICA, NORMOSATURADA, NO ESTÁ FEBRIL, ESTÁ HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTÉMICA, CON EVIDENCIA DE LACERACIÓN EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN EN EL TERCIO DISTAL POSTERO LATERAL DE LA PIERNA, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA CASO NO EXPOSICIÓN, DADO ATAQUE POR PERRO OBSERVABLE CON HERIDA SUPERFICIAL, SE INDICA DOSIS DE TOXOIDE TETÁNICO , LAVADO CON AGUA YJABON , SE DA EGRESO CON MANEJO ANALGESICO, SE EXPLICA A PACIENTE, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA

Código(s) CUPS	Descripción
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	ELEIANA CUASTUMAL AREVALO
Cargo	FUNCIONARIO CENTRAL DE AUTORIZACIONES
Teléfono	3505546128

CENTRAL DE AUTORIZACIONES - BOGOTÁ CALLE 44 No. 50-51 - Teléfono : 350 5546128

IMPORTANTE : Atención Inicial de Urgencias válida por 06 horas. Toda radicación de cuentas para la Atención Inicial de Urgencia estará sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas de la DISAN.

ELIANCUA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.053.800.103

Apellidos
GRISALES GONZALEZ

Nombres
JULIAN FELIPE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

Fecha de nacimiento
26 DIC 1989

G.S
O+

Lugar de nacimiento
PACORA (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
04 ENE 2008, MANIZALES

Firma

Fecha de expiración
07 FEB 2034

CO

041463251

REGISTRADOR NACIONAL
Fernán Penagos Giraldo

ICCOL0414632512090O1<<<<<<<<<<
8912259M3402074COL1053800103<5
GRISALES<GONZALEZ<<JULIAN<FELI

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 1053800103
(Documento de Identificación)

GRISALES GONZALEZ
Apellidos

JULIAN FELIPE
Nombres

25-DIC-2029
Fecha de Vencimiento

SUBINTENDENTE
Grado del Titular

25-DIC-1989
Fecha de nacimiento

098712161
Numero de carné

O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION: | | | | | Fecha: 2026-03-07 | Hora: 17:00

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre		NIT [X]	
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS		CC [ ]	Número: 890801035-4 DV
Código: 170130087901	Dirección prestador: CRA 3 SALIDA A PACORA		
Teléfono: 096 (indicativo) 8514740	Departamento: CALDAS 17	Municipio: AGUADAS 013	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): REGIONAL ASEGURAMIENTO SALUD NUVERO 3		CODIGO:	

GRISALES	GONZALEZ	JULIAN	FELIPE
1° Er apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificacion

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

1053800103

Fecha de Nacimiento: 1989-12-25

Dirección de Residencia Habitual: CRA 3 # 6-06 | TEL 3204265466

Departamento: CALDAS | CIUDAD AGUADAS

- [X] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población Pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- Y / Evento Catastrófico

Clasificación Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [X] 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2026-03-07 15:57 **Paciente Viene Remitido** [ ] Si [X] No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite: Código:

Departamento: CALDAS | Municipio: AGUADAS

S618 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA

PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES MÉDICOS O ALÉRGICOS. CONSULTA POR CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN MORDEDURA DE PERRO EN LA PIERNA DERECHA, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL, NO PRESENTA DOLOR, ESTÁ SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TIENE CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, NORMOCARDICA, NORMOSATURADA, NO ESTÁ FEBRIL, ESTÁ HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTÉMICA, CON EVIDENCIA DE LACERACIÓN EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN EN EL TERCIO DISTAL POSTERO LATERAL DE LA PIERNA, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA CASO NO EXPOSICIÓN, DADO ATAQUE POR PERRO OBSERVABLE CON HERIDA SUPERFICIAL, SE INDICA DOSIS DE TOXOIDE TETÁNICO , LAVADO CON AGUA YJABON , SE DA EGRESO CON MANEJO ANALGESICO, SE EXPLICA A PACIENTE, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA

	Codigo CIE10	
Diagnóstico principal	S818	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente

- [X] Domicilio
- [ ] Observación
- [ ] Internación
- [ ] Remision
- [ ] Contrarremisión
- [ ] OTRO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa	Teléfono (indicativo / número / extensión)
JHON MARIO LONDOÑO G	096 8514340 106
Cargo o actividad: FACTURACIÓN URGENCIAS	**Teléfono celular:** # 3116176111

MPS-AIU V5.0 2008-07-11

HISTORIA CLINICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS
Nit. 890801035
Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:UR-P-01
Fecha Historia:07/03/2026 16:26
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 07/03/2026 16:26
Documento y Nombre del Paciente: CC 1053800103 JULIAN FELIPE GRISALES GONZALEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1053800103 Cons. Historia: 2211757
Atención: Urgencias

UR-P-01
HISTORIA CLINICA URGENCIAS:

UR-P-01
Datos Generales
Fecha: 07/03/2026
Hora: 16:21
Historia: 1053800103
Nombre: JULIAN FELIPE GRISALES GONZALEZ
Edad: 36 Años
Sexo: Masculino
Natural de: CALDAS
Estado Civil: Soltero
Telefono: 3204265486
Direccion: CRA 3 #6-06

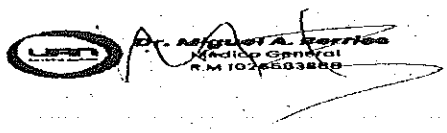
Datos del Acompañante
El paciente llega por sus propios Medios?
El paciente llega por sus propios Medios?: Si

En Caso de Accidente Intoxicacion o Violencia
Notificacion Policia
Notificacion Policia: No
Notificacion Familiar
Notificacion Familiar: No
Notificación al Servicio de Salud
Notificación al Servicio de Salud: No
Datos de la Consulta
Es Victima del Conflicto o desplazado ?: NO
Motivo de Consulta: " ME MORDIO UN PERRO"
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES MÉDICOS O ALERGICOS. CONSULTA POR CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN MORDEDURA DE PERRO EN LA PIERNA DERECHA, REFIERE QUE ESTABA EN UNA FINCA DE UN VECINO EN SALAMINA, PASEANDO LOS PERROS Y SUFRE ATAQUE AL INTENTAR QUITAR OTROS PERROS, REFIERE QUE EN EL MOMENTO CON SALIDA DE SANGRE Y SE REALIZÓ UNA LIMPIEZA CON AGUA OXIGENADA, REFIERE EN EL MOMENTO LEVE DOLOR.INDICA QUE EL PERRO ES OBSERVABLE Y ESTÁ A CARGO DE : ERLINDA VANEGAS FINCA LA ROCAYOSA - VDA LA QUIEBRA SALAMINA CALDASCEL 3218687016

Antecedentes
Antecedentes Personales
Patológicos: Negativos
Quirúrgicos: Negativos
Toxicos: Negativos
Alergicos: -
Farmacologicos: -
Otros Antecedentes: -
Antecedentes Familiares
Antecedentes Familiares: -
GINECO-OBSTÉTRICOS
Menarca: -

Revision por Sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal
Cuello
Cuello: Normal
Torax
Torax: Normal
Abdomen
Abdomen: Normal
Genitourinario
Genitourinario: Normal
Extremidades

Extremidades: Normal
Neurologico
Neurologico: Normal
Examen Fisico
Observaciones: CABEZA : SIN DEFORMIDADES, ADECUADA SIMETRICA FACIAL, SIN LESIONES FACIALES, ESCLERAS ANICTÉRICAS, FOSAS NASALES PERMEABLES, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES, LA MUCOSA ESTÁ HÚMEDA Y ROSADA.ORL : OTOSCOPIA SIN ALTERACIONES.CUELLO : SIMETRICO, TRAQUEA CENTRAL, TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS, NO DOLOROSO, SIN LESIONES.TÓRAX : SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES. C/P : RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES.ABDOMEN : RUIDOS INTESTINALES PRESENTES CON ADECUADO TONO E INTENSIDAD, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL, NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NO MEGALIAS.GENITOURINARIO : PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVAEXTREMIDADES : EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, NO DOLOROSAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR < 2 SEG, NO EDEMA, PULSOS PRESENTES.PIERNA DERECHA : SE APRECIA LACERACIÓN EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN EN EL TERCIO DISTAL POSTERO LATERAL DE LA PIERNA, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. NEUROLÓGICO : ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO GLOBALMENTE, PARES CRANEALES CONSERVADOS, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA 5/5, ROT ++/++++, SIN ALTERACIONES EN LA MARCHA, NO ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD, SIN SIGNOS MENÍNGEOS.
Estado General
Estado General: Bueno
Estado de Conciencia
Estado de Conciencia: CONSCIENTE
Escala de Glasgow
Ocular: 4
Verbal: 5
Motriz: 6
Total Glasgow: 15
Signos Vitales y Datos Corporales
Presion Arterial: 11070
FC: 75.00
FR: 18
Temperatura: 36.50
Sat O2: 95
Peso (Kg).: 70.00
Talla(mt)..: 1.72
Cabeza y O.R.L
Cabeza y O.R.L: Normal
Cardio Pulmonar
Cardio Pulmonar: Normal
Abdomen.
Abdomen.: Normal
Genitourinario.
Genitourinario.: Normal
Extremidades.
Extremidades.: Anormal
Neurologico.
Neurologico.: Normal
Impresión Diagnóstica
Dx. Principal: S818-HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
Dx. Relacionado 1: W548-MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: OTRO LUGAR ESPECIFICADO
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Causa Externa: Otro tipo de accidente
Finalidad de la Consulta: Tratamiento
Causa que motiva la atención: Otro tipo de accidente
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
Conducta
Conducta: PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES MÉDICOS O ALÉRGICOS. CONSULTA POR CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN MORDEDURA DE PERRO EN LA PIERNA DERECHA, EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL, NO PRESENTA DOLOR, ESTÁ SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TIENE CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, NORMOCARDICA, NORMOSATURADA, NO ESTÁ FEBRIL, ESTÁ HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTÉMICA, CON EVIDENCIA DE LACERACIÓN EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN EN EL TERCIO DISTAL POSTERO LATERAL DE LA PIERNA, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL. POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA CASO NO EXPOSICIÓN, DADO ATAQUE POR PERRO OBSERVABLE CON HERIDA SUPERFICIAL, SE INDICA DOSIS DE TOXOIDE TETÁNICO , LAVADO CON AGUA YJABON , SE DA EGRESO CON MANEJO ANALGESICO, SE EXPLICA A PACIENTE, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.



DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:07/03/2026 16:26
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 07/03/2026 16:26
Documento y Nombre del Paciente: CC 1053800103 JULIAN FELIPE GRISALES GONZALEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1053800103 Órden N°: 2011452

Atención: Urgencias

R/.
Código: J06AT019701 **Medicamento:** TOXOIDE TETANICO
Código CUM: Invima: 2013M-0014543
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 3 ML **Vía de Administración:** Subcutanea
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: 1
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 Dias

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: S818 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
DX Relacionado 1: W548 MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO: OTRO LUGAR ESPECIFICADO

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO NUEVO
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO

Dr. Miguel A Berrios
Medico General
R.M 1026583388

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 890701.035-1

FORMATO

HOJA DE TRATAMIENTO

Área:	GESTION DE LA CALIDAD
Código:	GC-15010
Versión:	2
Fecha:	10/02/2023
Página:	1 de 1

NOMBRE: Julian Felipe Gonzales Gonzales EDAD: DOCUMENTO: 1053800103 EPS: Ponal.

SERVICIO: Urgencias SALA DE OBSERVACIÓN NÚMERO: FECHA DE INGRESO: 07-03-26 DIETA: PESO:

RIESGO DE CAIDA: Si ALERGIAS: DIAGNÓSTICO: Accidente Laboral

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FECHA 07-03-26 M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
07-03-26	220801124A Toradol Amp.	1			16+21										
	Jeringa de 10 cc	1			16+21										
					lavar F										

RESPONSABLE

FECHA	OBSERVACIONES	PENDIENTES	CUIDADOS DE ENFERMERIA
			2784905
			mario L.

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes
Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283371

Fecha Factura:	25/03/2026	
Fecha Vencimiento:	25/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	25/03/2026	14:52:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	25/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 1f18af9d46ded2d224f2fdd379e66b0cd92c5407c35505f75445352239a5e65c73dbdffe742ec648e409948ffcf5bd0a

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento
Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2777675	21/02/20	931001				11675824	Terapia fisica* sesión	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2778439	24/02/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2779152	25/02/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2779888	26/02/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2780642	27/02/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2781284	28/02/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2782065	03/03/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2782859	04/03/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2783390	05/03/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

CC 52883849 RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2784091	06/03/20	931001				11675824	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100.00	35,100	0	35,100
									Total Paciente	35,100	0	35,100

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	351,000
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	351,000

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,777,675
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 21/02/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 10:11
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero ASOFIAC **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	Terapia física* sesión	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS	35,100	VALOR DE RECUPERACION	0
TOTAL ADMINISTRADORA	35,100	VALOR ABONADO	0
		VALOR SUBSIDIADO	0
TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE		VALOR RECARGO	0
		VALOR FINANCIADO	0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS: TOTAL A PAGAR PACIENTE 0
CERO PESOS MCTE

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma Soporte
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,778,439
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 24/02/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 15:58
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero ASOFIAC **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma soporte.
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,779,152

Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 25/02/2026

Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 16:45

Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8

Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad

Cajero ASOFIAC **Servicio Ambulatorio**

Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma acompte
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,779,888
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 26/02/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 16:40
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero YHENAO **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma soporte
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,780,642
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 27/02/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 15:26
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero YHENAO **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS	35,100	VALOR DE RECUPERACION	0
TOTAL ADMINISTRADORA	35,100	VALOR ABONADO	0
		VALOR SUBSIDIADO	0
TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE		VALOR RECARGO	0
		VALOR FINANCIADO	0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS: TOTAL A PAGAR PACIENTE 0
CERO PESOS MCTE

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma soporte.
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,781,284
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 28/02/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 10:59
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero ASOFIAC **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma acepto.
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,782,065
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 03/03/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 14:34
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero ASOFIAC **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma soporte.
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,782,859

Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 04/03/2026

Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 16:07

Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8

Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad

Cajero ASOFIAC **Servicio Ambulatorio**

Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,783,390
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 05/03/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 11:48
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero YHENAO **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma acompañante
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 52883849 Documento N° CC 52883849 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,784,091
Paciente RAMOS MARTINEZ SONIA EDITH Fecha 06/03/2026
Edad 44 año(s) Sexo Fem Carné Hora: 09:55
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11675824 Ciudad
Cajero ASOFIAC **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
931001	EVOLUCION FISIOTERPIA	1.00	35,100	35,100	0

TOTAL CARGOS 35,100
TOTAL ADMINISTRADORA 35,100

TREINTA Y CINCO MIL CIEN PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Firma soporte.
FIRMA DEL PACIENTE

E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE HSJ AGUADAS - CALDAS

ORDEN DE APOYO ASISTENCIAL

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	DIA	MES	AÑO
Sonia Edith Ramos M			

TIPO DE VINCULACION								CLASE DE RIESGO	
A	DH	P	RS	RC	V	EC		M	ATEP

			Nº AFILIACION										
C. EXT	URG.	ODONT.	DOC. IDENTIDAD	52883849									
			ENTIDAD	PONAL			ESATRATO						
HOSP.			DIANGNOSTICO	S521			Nº DE HISTORIA						

CODIGO	PROCEDIMIENTO		CANT.	FIRMA DEL PACIENTE	VALOR TOTAL
931001	Fisioterapia	21-02-26	1	Sonia Edith Ramos	
931001	Fisioterapia	24-02-26	1	Sonia Edith Ramos	
931001	Fisioterapia.	26-02-26	1	Sonia edith Ramos	
931001	Fisioterapia.	26-02-26	1	Sonia Edith Ramos	
931001	Fisioterapia	27-02-26	1	Sonia edith Ramos	
931001	Fisioterapia.	28-02-26	1	Sonia edith Ramos	
931001	Fisioterapia	03-03-26	1	Sonia Edith Ramos	
931001	Fisioterapia	04-03-26	1	Sonia edith Ramos	
931001	Fisioterapia	05-03-26	1	Sonia edith Ramos	
931001	Fisioterapia	06-03-26.	1	Sonia edith Ramos	

FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO
CODIGO

FIRMA DEL BENEFICIARIO Sonia Edith Ramos
C.C 52883849

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL "SAN JOSE"
AGUADAS – CALDAS
NIT:890.801.035-4

COMPROBANTE DE RECIBO DE ATENCIÓN DEL SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS

Yo Sonia Edith Ramos Martinez identificado(a) con C.C. 52883814 de la EPS PONAL A través del

Presente confirmo la prestación del servicio de Fisioterapia

El día _____ hasta el día _____ en la ESE HOSPITAL SAN JOSE

Sonia Edith Ramos M.
FIRMA DEL USUARIO

HUELLA DEL USUARIO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO – HOSPITAL "SAN JOSE "
AGUADAS CALDAS Nit: 890801035–4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PORCEDIMIENTOS DE FISIOTERAPIA

Nombre del paciente			Sonia Edith Ramos Martinez			
Documento de identidad			52883849 De			
Edad		Días	Meses	Años	**Genero**	Masculino
Seguridad social			PONAL			

Diagnostico	S521
Procedimiento a realizar	Fisioterapia
Fecha del procedimiento	

Yo, Sonia Edith Ramos martinez, identificado(a) con el documento de identidad número 52883849 de _____; certifico que me han explicado ampliamente el tipo de procedimiento que se realizará, al igual que sus riesgos y posibles complicaciones, además autorizo al profesional de la salud Fisioterapia., del servicio de fisioterapia, para que realice el procedimiento de acuerdo a sus conocimientos científicos y capacidades.

Las complicaciones que pueden presentarse durante el procedimiento son:

Infección.		Sangrado.		Lesión de sitios contiguos	
Reacción alérgica.		Fractura.		OTROS:	
Dolor.		Inflamación.			

Las complicaciones que pueden presentarse después del procedimiento son:

Infección.		Sangrado.		Espasmos musculares	
Reacción alérgica.		Dolor generalizado.		OTROS:	

Sonia Edith Ramos M.
Firma e identificación del usuario y/o huella*Firma e identificación del acudiente o del Responsable legal si el paciente es menorde edad.*

Firma del fisioterapeuta

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11675824 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 16/2/2026 09:47:15

Información del Prestador

Nombre	HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE	**Identificación Prestador**	890801035
Departamento	CALDAS	**Municipio**	AGUADAS
Dirección	CARRERA 3 CALLE 16 Y 17	**Teléfono**	0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre	SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ	**Identificación Paciente**	52883849
Departamento	CALDAS	**Municipio**	AGUADAS
Dirección	CALLE 17 N° 6A-43	**Teléfono**	2464802
Fecha de Nacimiento	4/10/1981		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL INCLUYE: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA	10

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE QUIEN REQUIERE TERAPIA FISICA INTEGRAL SE AUTORIZA 10 SESIONES
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200234-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	VANESA JIULIA ZEPEDA CORREAL
Registro Médico	1036
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 52883849 **CASUR**
Documento de Identificación

RAMOS MARTINEZ
Apellidos

SONIA EDITH
Nombres

COMPAÑERO(A)
Parentesco con Titular

PERMANENTE **CC75050892**
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoría del Titular





04-OCT-1981
Fecha de nacimiento

306134522
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.883.849**

RAMOS MARTINEZ

APELLIDOS

SONIA EDITH

NOMBRES

Sonia Edith Ramos M.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1981**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

29-OCT-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

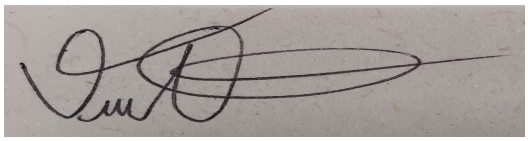
A-1500150-01162750-F-0052883849-20200922 0071814934A 1 9913134947

HISTORIA CLINICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS
Nit. 890801035
Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:FT1
Fecha Historia:21/02/2026 11:41
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 21/02/2026 11:41
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2205486
Atención: Ambulatorio

VALORACION FISIOTERAPEUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Sexo: Femenino
Edad: 44 Años
Fecha: 21/02/2026
Hora: 11:24
Historia: 52883849
Fecha Nacimiento F: 04/10/1981
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Convenio: 01SERVICIOS
Nombre Responsable F: JOSE GULLERMO ARIASO OCAMPO
Telefono: 3163087932
Zona: URBANO
PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD
CUAL?: -
EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA
Observación General: PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO, EL PACIENTE POR SEGURIDAD LEE Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, LA PACIENTE REFIERE ESTAR RELAIZANDO EJERCICIOS PARA EL CODO CON PELOTA EN LA CASA
Estado Mental: - PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS MENTALES (PERSONA,LUGAR Y TIEMPO)
Dolor: PACIENTE MANIFIESTA 5/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR
Edema:: EDEMA LEVE AL REDEDOR DE LA CICATRIZ, SIN SIGNO DE FOVEA
PARES CRANEALES
Olfatorio: NO
Optico: NO
Oculomotor: NO
Troclear: NO
Trigémino: NO
Motor Ocular Externo: NO
Facial: NO
Vestibulocloclear/Auditivo: NO
Glosofaríngeo: NO
Vago: NO
Espinal/Accesorio: NO
Hipogloso.: NO
Observaciones.: - INDEMNES
TONO MUSCULAR
Eutonía: SI
Hipotonía: NO
Hipertonía: NO
Rigidez: NO
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: Normorreflexia
TROFISMO
Piel y Anexos.: SE OBSERVA PRESENCIA DE PUNTOS, CON CITA DE RETIRO EL OTRO LUNES, ADEMÁS TIENE UN VENDAJE (MICROPORE) EN EL LUGAR DE LA HERIDA, POR LO QUE NO SE PUDO OBSERVAR ADECUADAMENTE LA CICATRIZACIÓN
AMA
Elasticidad: LIMITACIÓN MODERADA EN RANGOS DE MOVIMIENTO, CON MAYOR COMPROMISO EN LA FLEXIÓN Y PRONOSUPINACION
Flexibilidad: RETRACCION EN BICEPS BRAQUIAL
FUERZA MUSCULAR
Observaciones: 2 AMA COMPLETO CONTRA GRAVEDAD, 2/3 AMA SIN GRAVEDAD, SEGUN ESCALA DE DANIELS
SENSIBILIDAD
Profunda: NO EVALUADO
Superficial: CONSERVADO
ALINEACIÓN CORPORAL
Observaciones:: SIN ALTERACIONES
MARCHA
Observaciones,: SIN ALTERACIONES
DIAGNÓSTICO POR FISIOTERAPIA
Deficiencias APTA: DEFICIENCIA PRIMARIA EN EL DOMONIO OSTEOMUSCULAR PATRON G DEFICIENCIA EN MOVILIDAD ARTICULAR, FUNCIÓN MOTORA Y RANGO DE MOVIMIENTO, ASOCIADA A FRACTURAS.
Objetivo de Tratamiento: MEJORAR ARCOS DE MOVILIDAD, DISMINUIR DOLOR, AUMENTAR FUERZA MUSCULAR, MEJORAR CONDICIONES OSTEOMUSCULARES, MEJORAR PROPIOCEPCION, MEJORAR CONDICIONES DE LA CICATRIZ, DISMINUIR RETRACCIONES MUSCULARES, FACILITAR LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR MEDIO DE EJERCICIO TERPAEUTICO Y MEDIOS FISICOS
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural

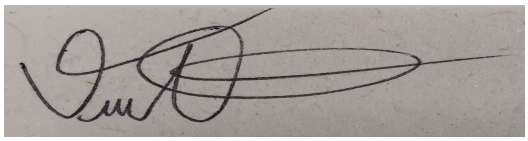


DR. VALENTINA OCAMPO ARIAS
CC 1055838382
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 1055838382

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:24/02/2026 16:05
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 24/02/2026 16:05
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2206160
Atención: Ambulatorio

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Edad: 44 Años
Sexo: Femenino
Historia: 52883849
Fecha: 24/02/2026
Hora: 15:59
Convenio: 01SERVICIOS
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO SE REALIZA EN BIPEDO EN UNA MESA MOVILIDAD ACTIVA DE FLEXO-EXTENSION DE CODO CON BALON 3 SERIES DE 8 REPETICONES, SE CONTINUA CON MOVILIDAD DE PRONO SUPINACIONCON ROLLO TERAPEUTICO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON ABDUCCION DE HOMBRO ACOMPAÑADO DE FLEXO-EXTENSION DE CODO EN PARED 3 SERIES DE 6 REPETICIONES. PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención: No **Describir Evento Adverso:** -



DR. VALENTINA OCAMPO ARIAS
CC 1055838382
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 1055838382

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:26/02/2026 07:29
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 26/02/2026 07:29
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2207030
Atención: Ambulatorio

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Edad: 44 Años

Sexo: Femenino
Fecha: 26/02/2026
Convenio: 01SERVICIOS NUMERO 3
Historia: 52883849
Hora: 07:26
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: s521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural

EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO SE REALIZA EN POSICIÓN SEDENTE EJERCICIO FLEXO-EXTENSIÓN MANTENIENDO ANTEBRAZO EN POSICIÓN NEUTRA 3 SERIES DE 8 REPETICONES, SE CONTINUA CON EJERCICIO INICIACIÓN FORTALECIMIENTO CON THERABAND ABIERTO RERSIITENCIA LEVE REALIZANDO EXTENSIÓN DE CODO EN RANGO SUBMAXIMO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON EJERCICIO Y TRABAJO DE FLEXIÓN DE HOMBRO 3 SERIES DE 6 REPETICIONES. SE REALIZA APLICACIÓN TÉCNICA MANUAL SEDATIVA SOBRE BICEPS 5 MINUTOS ,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Describir Evento Adverso: -



DR. MAYRA ALEJANDRA PEÑA VICTORIA
CC 1193440094
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 1193440094

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:26/02/2026 16:41
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 26/02/2026 16:41
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2207538
Atención: Ambulatorio

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 26/02/2026
Convenio: 01SERVICIOS
Edad: 44 Años
Historia: 52883849
Hora: 16:41
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3

DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural

EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO SE REALIZA EN POSICIÓN SEDENTE EJERCICIO FLEXO-EXTENSIÓN MANTENIENDO ANTEBRAZO EN POSICIÓN NEUTRA 3 SERIES DE 8 REPETICONES, SE CONTINUA CON EJERCICIO INICIACIÓN FORTALECIMIENTO CON THERABAND ABIERTO RERSIITENCIA LEVE REALIZANDO EXTENSIÓN DE CODO EN RANGO SUBMAXIMO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON EJERCICIO Y TRABAJO DE FLEXIÓN DE HOMBRO 3 SERIES DE 6 REPETICIONES. SE REALIZA APLICACIÓN TÉCNICA MANUAL SEDATIVA SOBRE BICEPS 5 MINUTOS ,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención: No **Describir Evento Adverso:** -



DR. YARIFE HENAO PEREZ
CC 30406526
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 30406526

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:27/02/2026 15:27
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 27/02/2026 15:27
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2208103
Atención: Ambulatorio

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 27/02/2026
Convenio: 01SERVICIOS
Edad: 44 Años
Historia: 52883849
Hora: 15:27
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO SE REALIZA EN POSICIÓN SEDENTE EJERCICIO FLEXO-EXTENSIÓN MANTENIENDO ANTEBRAZO EN POSICIÓN NEUTRA 3 SERIES DE 8 REPETICONES, SE CONTINUA CON EJERCICIO INICIACIÓN FORTALECIMIENTO CON THERABAND ABIERTO RERSIITENCIA LEVE REALIZANDO EXTENSIÓN DE CODO EN RANGO SUBMAXIMO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON EJERCICIO Y TRABAJO DE FLEXIÓN DE HOMBRO 3 SERIES DE 6 REPETICIONES. SE REALIZA APLICACIÓN TÉCNICA MANUAL SEDATIVA SOBRE BICEPS 5 MINUTOS ,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención: No **Describir Evento Adverso:** -



DR. YARIFE HENAO PEREZ
CC 30406526
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 30406526

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:28/02/2026 11:28
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 28/02/2026 11:28
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2208597
Atención: Ambulatorio

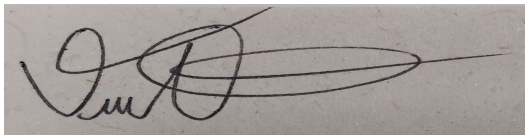
EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.

Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 28/02/2026
Convenio: 01SERVICIOS NUMERO 3
Edad: 44 Años
Historia: 52883849
Hora: 11:26
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural

EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO EN BIPEDO CON MANCUERNA DE 3 LB SE REALIZA DESCARGA DE PESO PARA MEJORAR MOVILIDA DE EXTENSION DE CODO 3 SERIES DE 8 REPEITICONES, SE CONTINUA CON EXTENSION DE CODO SUBIENDO ESCALERA TERAPEUTICA CON BASTON 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON MOVILIDAD DE PRONO-SUPINACION CON ROLLO GIRATORIO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES ,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.

Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención: No **Describir Evento Adverso:** -



DR. VALENTINA OCAMPO ARIAS
CC 1055838382
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 1055838382

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:03/03/2026 15:02
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 03/03/2026 15:02
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2209306
Atención: Ambulatorio

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 03/03/2026
Convenio: 01SERVICIOS
Edad: 44 Años
Historia: 52883849
Hora: 15:00
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3

DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural

EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO EN BIPEDO REALIZA EJERCICIO CIRCUITO PINZA FINA Y GRUESA 2 SERIES- 10 REPETICIONES , LUEGO SE REALIZA EJERCICIO FORTALECIMIENTO FLEXORES DE DEDOS RECOGIENDO TOALA INTERPUESTA EN MESA CON REISITENCIA DISTAL DE 2 LB 3 SERIES DE 8 REPEITICONES, SE CONTINUA CON EXTENSION DE CODO SUBIENDO ESCALERA TERAPEUTICA CON BASTON 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON MOVILIDAD DE PRONO-SUPINACION CON ROLLO GIRATORIO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES ,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.

Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Describir Evento Adverso: -



DR. MAYRA ALEJANDRA PEÑA VICTORIA
CC 1193440094
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 1193440094

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:04/03/2026 16:18
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 04/03/2026 16:18
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2209942
Atención: Ambulatorio

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Edad: 44 Años
Sexo: Femenino
Historia: 52883849
Fecha: 04/03/2026
Hora: 16:16
Convenio: 01SERVICIOS
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: s521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO EN BIPEDO REALIZA EJERCICICIO FLEXO EXTENSIÓN GUIADA CON PELOTA 2 SERIES-10 REPETICIONES , LUEGO SE REALIZA EJERCICIO PRONOSUPINACIÓN CON ROLLO SUPINADOR 3 SERIES DE 8 REPEITICONES, SE CONTINUA CON EXTENSION DE CODO CON MANCUERNA DE 1L EN RANGO SUBMAXIMO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON TECNICA MASAJE CICATRIZAL CYRIAX 3 SERIES DE 10 REPETICIONES ,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Describir Evento Adverso: -



DR. MAYRA ALEJANDRA PEÑA VICTORIA
CC 1193440094
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 1193440094

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:05/03/2026 11:49
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 05/03/2026 11:49
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2210460
Atención: Ambulatorio

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Edad: 44 Años

Sexo: Femenino
Fecha: 05/03/2026
Convenio: 01SERVICIOS NUMERO 3
Historia: 52883849
Hora: 11:48
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural

EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO EN BIPEDO REALIZA EJERCICICIO FLEXO EXTENSIÓN GUIADA CON PELOTA 2 SERIES- 10 REPETICIONES , LUEGO SE REALIZA EJERCICIO PRONOSUPINACIÓN CON ROLLO SUPINADOR 3 SERIES DE 8 REPEITICONES, SE CONTINUA CON EXTENSION DE CODO CON MANCUERNA DE 1L EN RANGO SUBMAXIMO 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE FINALIZA CON TECNICA MASAJE CICATRIZAL CYRIAX 3 SERIES DE 10 REPETICIONES ,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.

Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención: No **Describir Evento Adverso:** -



DR. YARIFE HENAO PEREZ
CC 30406526
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 30406526

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVO FT
Fecha Historia:06/03/2026 16:58
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 06/03/2026 16:58
Documento y Nombre del Paciente: CC 52883849 SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 52883849 Cons. Historia: 2211249
Atención: Ambulatorio

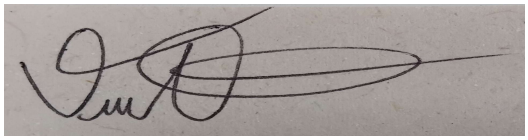
Hospital San José De Aguadas E.S.E.

EVOLUCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
DATOS GENERALES.
Nombre: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ
Sexo: Femenino
Fecha: 06/03/2026
Convenio: 01SERVICIOS
Edad: 44 Años
Historia: 52883849
Hora: 16:54
E.A.P.B.: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3

DIAGNOSTICO
Tipo Vinculacion F: Cotizante
Dx Principal Proc.: S521-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Finalidad del Proc.: Rehabilitación
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Personal que Atiende Proc.: OTRO
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural

EVOLUCIÓN
Descripción: -PACIENTE DE GENERO FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO MEDICO DE FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO. QUIEN INGREA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES DE SALUD, EL DIA DE HOY SE INICIA SESION CON APLIACION DE PAQUETE FRIO DURANTE 8 MINUTOS, SEGUIDO DE CORRIENTE TERAPEUTICA SEDATIVA CON BIOMED 2 CANALES, UMBRAL SENSITIVO, DURANTE 15 MINUTOS, LUEGO SE REALIZA MOVILIDAD DE EXTENSION DE CODO CON ROLLO EN PARED 3 SERIES DE 10 REPETICIONES, SE CONTINUA CON MOVILIDAD DE PRONO-SUPINACION CON ROLLO GIRATORIO 3 SERIES DE 12 REPETICIONES, SEGUIDO DE TRABAJO DE PROPIOCEPCION CON BALON EN PARED REALIZANDO MOVIMIENTOS CIRCULARES 3 SERIES DE 10 REPETICIONES,PACIENTE QUE TOLERA, COLABORA CON LA TERAPIA Y QUEDA EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EJERCICIOS PARA CONTINUAR MENJO EN CASA.

Se presentó algún evento adverso durante la presente atención
Se presentó algún evento adverso durante la presente atención: No **Describir Evento Adverso:** -



DR. VALENTINA OCAMPO ARIAS
CC 1055838382
Especialidad. FISIOTERAPIA
Registro. 1055838382

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

ENE__C0015255

Nit :890.806.490-5 Teléfono : 8783430
Dirección: Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia

Orden Médica

Nombre Paciente: SONIA EDITH RAMOS MARTINEZ Historia Clínica: CC 52883849 Convenio: POLICIA NAL REGIONAL ASEGUR SALUD N°3 MEDIANA COMPLEJ2025/26 - POLI01	Diagnostico: S521 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO Atención: Atencion ambulatoria	Fecha: Lunes, 16 de febrero de 2026 Hora: 8:8:35

Descripción	Observación	Cantidad
802 - 931001-1 - 931001 (REHABILITACION FUNCIONAL CONFA) Terapia fisica integral AMBULATORIA	AL TERMINAR, FAVOR AUTORIZAR 10 SESIONES MAS	10

Médico Nombre: RAMIRO ANTONIO ROBLES BERNAL Identificación: 85462661 Registro médico: 47856 Especialidad: Ortopedista	Firma médico

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283408

Fecha Factura:	25/03/2026	
Fecha Vencimiento:	25/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	25/03/2026	15:18:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	25/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 28f89e20e9bf96c621d0ecb2c783484e04dd8c1115b4a30486a75072ee50fd18ed1dd59ce00f432ac5bdac27248a436c

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 1059694203 TORRES BECERRA NATALIA **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2788617	16/03/20						Elementos			634	0	634
		MQ004		A2000224 6-01		11883011	JERINGA INSULINA	1.00	634.00			
									Total Paciente	634	0	634

CC 1059694203 TORRES BECERRA NATALIA **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2788617	16/03/20	890701				11883011	Consulta de urgencias	1.00	90,000.00	90,000	0	90,000
									Total Paciente	90,000	0	90,000

CC 1059694203 TORRES BECERRA NATALIA **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2788617	16/03/20						Elementos			2,660	0	2,660
		19934768-2				11883011	DICLOFENACO SODICO	1.00	1,334.00			
		20001615-2				11883011	Tramadol clorhidrato	1.00	1,326.00			
									Total Paciente	2,660	0	2,660

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	93,294
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	93,294

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 1059694203 Documento N° CC 1059694203
ORDEN DE SERVICIO (Copia) : 2,788,617
Paciente TORRES BECERRA NATALIA
Fecha 16/03/2026
Edad 22 año(s) Sexo Fem Carné
Hora: 06:44
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 11883011
Ciudad
Cajero JMLONDOÑO
Servicio Ambulatorio
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
MQ004	JERINGA INSULINA	1.00	634	634	0
890701	Consulta de urgencias	1.00	90,000	90,000	0
19934768-20	DICLOFENACO SODICO	1.00	1,334	1,334	0
20001615-2	Tramadol clorhidrato	1.00	1,326	1,326	0

TOTAL CARGOS 93,294
TOTAL ADMINISTRADORA 93,294

NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

Mario Londoño
FIRMA RESPONSABLE

Natalia Torres Becerra
FIRMA DEL PACIENTE

FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

300 - DIRECCION DE SANIDAD NIVEL CENTRAL

Código de Atención 11883011 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/19/2026 11:21

Información del Prestador

Nombre 890801035*HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE*AGUADAS*CALDAS
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS
Dirección CARRERA 3 CALLE 16 Y 17 **Teléfono** 0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre NATALIA TORRES BECERRA
Número Documento 1059694203
Fecha de Nacimiento 26/2/2004
Dirección KR 36 NUMERO 06 **Teléfono** 18670987 00
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS

Servicio(s) Autorizado(s)

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización URGENCIAS
Fecha de Ingreso 2026/03/19 00:59:00
Diagnóstico S202 - CONTUSION DEL TORAX
Observaciones

DE MANERA ATENTA Y RESPETUOSA ME PERMITO INFORMAR QUE SU SOLICITUD SE ENCUENTRA EXTEMPORÁNEA PARA APROBAR LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS YA QUE TIENE UN TIEMPO DE 24 HORAS PARA HACER EL ENVIÓ DE LA SOLICITUD. DECRETO 4747 DE 2007. ARTÍCULO 12. INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. TODO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD DEBERÁ INFORMAR OBLIGATORIAMENTE A LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO, EL INGRESO DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA ATENCIÓN. EL INFORME DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS SE REALIZARÁ MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO Y ENVÍO DEL FORMATO CORRESPONDIENTE, EL CUAL SERÁ DEFINIDO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DE MANERA ATENTA Y RESPETUOSA ME PERMITO INFORMAR QUE SU SOLICITUD SE ENCUENTRA EXTEMPORÁNEA PARA APROBAR LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS YA QUE TIENE UN TIEMPO DE 24 HORAS PARA HACER EL ENVIÓ DE LA SOLICITUD. DECRETO 4747 DE 2007. ARTÍCULO 12. INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. TODO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD DEBERÁ INFORMAR OBLIGATORIAMENTE A LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO, EL INGRESO DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA ATENCIÓN. EL INFORME DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS SE REALIZARÁ MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO Y ENVÍO DEL FORMATO CORRESPONDIENTE, EL CUAL SERÁ DEFINIDO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. NO SE GENERO ENVIO DE CORREOS EN TIEMPOS ESTABLECIDOS SE VALIDA TRAZABILIDAD

Código(s) CUPS	Descripción
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	FRANCY CATALINA CAMPOS HUERTAS
Cargo	FUNCIONARIO CENTRAL DE AUTORIZACIONES
Teléfono	3505546128

CENTRAL DE AUTORIZACIONES - BOGOTÁ CALLE 44 No. 50-51 - Teléfono : 350 5546128

IMPORTANTE : Toda radicación de cuentas para la Atención Inicial de Urgencia estará sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas de la DISAN.

FRANCCCH

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.059.694.203

TORRES BECERRA

APELLIDOS

NATALIA

NOMBRES

Natalia Torres

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-2004

RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

03-MAR-2022 RIOSUCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA PACHA



P-0910300-01297088-F-1059694203-20220511 0079260846A 1 8504278103

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 1059694203
Documento de Identificación

TORRES BECERRA
Apellidos

NATALIA
Nombres

26-FEB-2029
Fecha de Vencimiento

PATRULLERO DE POLICIA
Grado del Titular





26-FEB-2004
Fecha de nacimiento

9416906474
Numero de carné

O +
GS.Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION | Fecha: 2026-03-16 | Hora 05:00

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS	NIT [X] CC [ ]	Número: 890801035-4	DV
Código: 170130087901	Dirección prestador: CRA 3 SALIDA A PACORA		
Teléfono: indicativo 096 / 8514740	Departamento: CALDAS 17	Municipio: AGUADAS 013	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): REGIONAL ASEGURAMIENTO SALUD NUMERO 3		CODIGO:	

1° Er apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do Nombre
TORRES	BECERRA	NATALIA	

Tipo Documento de Identificacion

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

1059694203

Fecha de Nacimiento 2004-02-26

Dirección de Residencia Habitual: ESTACIÓN POLICIA — T E L 3158686825

Departamento: CALDAS — CIUDAD AGUADAS

- [X] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- Y ! Evento Catastrófico

Clasificación Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [X] 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2026-03-16 00:50 — **Paciente Viene Remitido** [ ] Si [X] No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite — Código

Departamento: CALDAS — Municipio: AGUADAS

S202 CONTUSIÓN DEL TÓRAX

3 PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES MÉDICOS O ALÉRGICOS DE IMPORTANCIA, PERTENECE A LA POLICÍA NACIONAL, REFIERE QUE SOBRE LA 12+20 AM SE ENCONTRABA EN UN PROCEDIMIENTO EN EL PARQUE, INTENTANDO SEPARAR A UNA PAREJA " LA PAREJA LE ESTABA PEGANDO A LA MUJER Y LOS ESTÁBAMOS INTENTANDO SEPARAR ", Y EL SEÑOR ME COGIÓ POR LA CAMISETA EN EL CUELLO Y EMPEZÓ A JALARLA DURO, REFIERE QUE EN EL FORCEJEO LE PEGO UNOS PUÑOS EN EL PECHO, REFIERE POSTERIOR DOLOR. EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO FOCAL, NO PRESENTA DOLOR, ESTA SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TIENE CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, NORMOCARDICA, NORMOSATURADA, NO ESTA FEBRIL, ESTA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTEMICA, CON EVIDENCIA GRAN AREA ERITEMATOSO SOBRE LA HORQUILLA ESTERNAL Y EL ESTERNÓN, CON PRESENCIA DE LACERACIONES EN REGION ESTERNAL SUGESTIVOS DE ARAÑAZOS Y DOS AREAS EQUIMOTICAS DOLOROSAS A LA PALPACIÓN, POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACIENTE CON CONTUSION ESTERNAL POR OBJETO CONTUDENTE (PUÑO) Y LESIONES EN PIEL SUGESTIVOS DE ARAÑAZO, SIN SIGNOS DE FRACTURA, POR LO QUE SE INDICA MANEJO ANALGESICO, CURACION, CON POSTERIOR EGRESO CON MANEJO ANTIINFLAMATORIO, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

	Código CIE10	
Diagnóstico principal	S202	CONTUSIÓN DEL TÓRAX
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente

- [X] Domicilio
- [ ] Observación
- [ ] Internación
- [ ] Remision
- [ ] Contrarremisión
- [ ] OTRO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa: JHON MARIO LONDOÑO G	Teléfono: 096 (indicativo) 8514340 (número) 106 (extensión)
Cargo o actividad: FACTURACIÓN URGENCIAS	**Teléfono celular:** # 3116176111

MPS-AIU V5.0 2008-07-11

HISTORIA CLINICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS
Nit. 890801035
Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:UR-P-01
Fecha Historia:16/03/2026 01:12
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 16/03/2026 01:12
Documento y Nombre del Paciente: CC 1059694203 NATALIA TORRES BECERRA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1059694203 Cons. Historia: 2214960
Atención: Urgencias

UR-P-01
HISTORIA CLINICA URGENCIAS:

UR-P-01
Datos Generales
Fecha: 16/03/2026
Historia: 1059694203
Edad: 22 Años
Natural de: CALDAS
Telefono: 3158686825

Hora: 01:08
Nombre: NATALIA TORRES BECERRA
Sexo: Femenino
Estado Civil: Casado
Direccion: ESTACION DE POLICIA

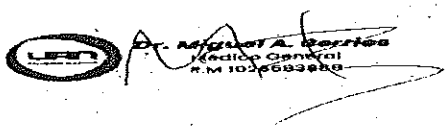
Datos del Acompañante
El paciente llega por sus propios Medios?
El paciente llega por sus propios Medios?: Si

En Caso de Accidente Intoxicacion o Violencia
Notificacion Policia
Notificacion Policia: Si
Notificacion Familiar
Notificacion Familiar: No
Notificación al Servicio de Salud
Notificación al Servicio de Salud: No
Datos de la Consulta
Es Victima del Conflicto o desplazado ?: NO
Motivo de Consulta: " ME PEGARON"
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES MÉDICOS O ALÉRGICOS DE IMPORTANCIA, PERTENECE A LA POLICÍA NACIONAL, REFIERE QUE SOBRE LA 12+20 AM SE ENCONTRABA EN UN PROCEDIMIENTO EN EL PARQUE, INTENTANDO SEPARAR A UNA PAREJA " LA PAREJA LE ESTABA PEGANDO A LA MUJER Y LOS ESTÁBAMOS INTENTANDO SEPARAR ", Y EL SEÑOR ME COGIÓ POR LA CAMISETA EN EL CUELLO Y EMPEZÓ A JALARLA DURO, REFIERE QUE EN EL FORCEJEO LE PEGO UNOS PUÑOS EN EL PECHO, REFIERE POSTERIOR DOLOR. NIEGA OTROS SINTOMAS

Antecedentes
Antecedentes Personales
Patológicos: Negativos
Toxicos: Negativos
Farmacologicos: -
Quirúrgicos: Negativos
Alergicos: -
Otros Antecedentes: -
Antecedentes Familiares
Antecedentes Familiares: -
GINECO-OBSTÉTRICOS
Menarca: 12 AÑOS
Ciclos: REG
Paridad: 0
ABORTOS: 0
Ectopicos: 0
FUM..: 08/03/2026
Gravidez: 0
Cesareas: 0
MORTINATOS: 0
V:: 0

Revision por Sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal
Cuello
Cuello: Normal
Torax
Torax: Normal
Abdomen
Abdomen: Normal
Genitourinario

Genitourinario: Normal
Extremidades
Extremidades: Normal
Neurologico
Neurologico: Normal
Examen Fisico
Observaciones: CABEZA : SIN DEFORMIDADES, ADECUADA SIMETRICA FACIAL, SIN LESIONES FACIALES, ESCLERAS ANICTÉRICAS, FOSAS NASALES PERMEABLES, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES, LA MUCOSA ESTÁ HÚMEDA Y ROSADA.ORL : OTOSCOPIA SIN ALTERACIONES.CUELLO : SIMETRICO, TRAQUEA CENTRAL, TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS, NO DOLOROSO, SIN LESIONES.TÓRAX : SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, C/P : RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLO , RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES.ABDOMEN : RUIDOS INTESTINALES PRESENTES CON ADECUADO TONO E INTENSIDAD, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL, NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NO MEGALIAS.GENITOURINARIO : PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVAEXTREMIDADES : EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, NO DOLOROSAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR < 2 SEG, NO EDEMA, PULSOS PRESENTES.NEUROLÓGICO : ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO GLOBALMENTE, PARES CRANEALES CONSERVADOS, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA 5/5, ROT ++/++++, SIN ALTERACIONES EN LA MARCHA, NO ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD, SIN SIGNOS MENÍNGEOS.PIEL Y TEJIDOS BLANDOS : SE EVIDENCIA GRAN AREA ERITEMATOSO SOBRE LA HORQUILLA ESTERNAL Y EL ESTERNÓN, CON PRESENCIA DE LACERACIONES EN REGION ESTERNAL SUGESTIVOS DE ARAÑAZOS Y DOS AREAS EQUIMOTICAS DOLOROSAS A LA PALPACIÓN.
Estado General
Estado General: Bueno
Estado de Conciencia
Estado de Conciencia: CONSCIENTE
Escala de Glasgow
Ocular: 4
Verbal: 5
Motriz: 6
Total Glasgow: 15
Signos Vitales y Datos Corporales
Presion Arterial: 125/84
FC: 108.00
FR: 18
Temperatura: 36.50
Sat O2: 95
Peso (Kg).: 56.00
Talla(mt)..: 1.57
Cabeza y O.R.L
Cabeza y O.R.L: Normal
Cardio Pulmonar
Cardio Pulmonar: Normal
Abdomen.
Abdomen.: Normal
Genitourinario.
Genitourinario.: Normal
Extremidades.
Extremidades.: Normal
Neurologico.
Neurologico.: Normal
Impresión Diagnóstica
Dx. Principal: S202-CONTUSION DEL TORAX
Dx. Relacionado 1: Y048-AGRESION CON FUERZA CORPORAL: OTRO LUGAR ESPECIFICADO
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Causa Externa: Otro tipo de accidente
Finalidad de la Consulta: Diagnóstico
Causa que motiva la atención: Otro tipo de accidente
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
Conducta
Conducta: PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES MÉDICOS O ALÉRGICOS DE IMPORTANCIA, PERTENECE A LA POLICÍA NACIONAL, REFIERE QUE SOBRE LA 12+20 AM SE ENCONTRABA EN UN PROCEDIMIENTO EN EL PARQUE, INTENTANDO SEPARAR A UNA PAREJA " LA PAREJA LE ESTABA PEGANDO A LA MUJER Y LOS ESTÁBAMOS INTENTANDO SEPARAR ", Y EL SEÑOR ME COGIÓ POR LA CAMISETA EN EL CUELLO Y EMPEZÓ A JALARLA DURO, REFIERE QUE EN EL FORCEJEO LE PEGO UNOS PUÑOS EN EL PECHO, REFIERE POSTERIOR DOLOR. EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, SIN DEFICIT NEUROLOGICO FOCAL, NO PRESENTA DOLOR, ESTA SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, TIENE CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, NORMOCARDICA, NORMOSATURADA, NO ESTA FEBRIL, ESTA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTEMICA, CON EVIDENCIA GRAN AREA ERITEMATOSO SOBRE LA HORQUILLA ESTERNAL Y EL ESTERNÓN, CON PRESENCIA DE LACERACIONES EN REGION ESTERNAL SUGESTIVOS DE ARAÑAZOS Y DOS AREAS EQUIMOTICAS DOLOROSAS A LA PALPACIÓN, POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACIENTE CON CONTUSION ESTERNAL POR OBJETO CONTUDENTE (PUÑO) Y LESIONES EN PIEL SUGESTIVOS DE ARAÑAZO, SIN SIGNOS DE FRACTURA, POR LO QUE SE INDICA MANEJO ANALGESICO, CURACION, CON POSTERIOR EGRESO CON MANEJO ANTIINFLAMATORIO, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.



DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:16/03/2026 01:12
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 16/03/2026 01:12
Documento y Nombre del Paciente: CC 1059694203 NATALIA TORRES BECERRA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1059694203 Órden Nº: 2016245

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Atención: Urgencias

R/.
Codigo: N02AT020701 **Medicamento:** Tramadol clorhidrato Amp 50 mg
Código CUM: Invima: 2021M-0000733-R2
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 50 mg **Via de Administración:** Subcutanea
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: 1
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 Dias

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: S202 CONTUSION DEL TORAX
DX Relacionado 1: Y048 AGRESION CON FUERZA CORPORAL: OTRO LUGAR ESPECIFICADO

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO NUEVO
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO

Dr. Miguel A. Berrios
Medico General
R.M 1026583388

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:16/03/2026 01:12
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 16/03/2026 01:12
Documento y Nombre del Paciente: CC 1059694203 NATALIA TORRES BECERRA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1059694203 Órden Nº: 2016246

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

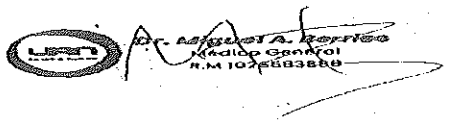
Atención: Urgencias

R/.
Codigo: M01AD015701 **Medicamento:** DICLOFENACO SODICOAmp75 mg
Código CUM: Invima: 2013M-0002244-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 75 mg **Via de Administración:** Intramuscular
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: USO: UNA AMPOLLA IM MUSUCLAR AL DIA
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 Dias

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: S202 CONTUSION DEL TORAX
DX Relacionado 1: Y048 AGRESION CON FUERZA CORPORAL: OTRO LUGAR ESPECIFICADO

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO NUEVO
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO



DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 810001054-4

FORMATO	Area: GESTION DE LA CALIDAD
HOJA DE TRATAMIENTO	Código: GC-15010-
	Versión: 2
	Fecha: 10/02/2023
	Página: 1 de 1

NOMBRE: Natalia Torres Becerra EDAD: 22 DOCUMENTO: 1059694203 EPS: Ponal

SERVICIO: Urg SALA DE OBSERVACIÓN: Pro NÚMERO: 1 FECHA DE INGRESO: 15-03 DIETA: PESO:

RIESGO: ALERGIA: DIAGNOSTICO:

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FECHA 16-03-26 M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
16-03	Tramadol 50mg	1	SC	0+10											
16-03	Jeringa Insulina	1													
16-03	Diclofenaco	1													
RESPONSABLE				Kathe											

FECHA	OBSERVACIONES	PENDIENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
			23/8/617
			mario L.

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283738

Fecha Factura:	26/03/2026	
Fecha Vencimiento:	26/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	26/03/2026	16:58:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	26/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: b70b3ded2e85847197ac82b00d20f75ef52705a4d7dda8fa876a7a54cbe445b7e b12bcd2a8c29186e156225fa95312aa

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento
Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 75049639 ARIAS OCAMPO GERSAIN **Tipo Usuario:** Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792385	22/03/20						Elementos			2,682	0	2,682
		MQ002		A2000217 4-01		11899393	Jeringas X 10 CC	2.00	707.00			
		MQ004		A2000224 6-01		11899393	JERINGA INSULINA	2.00	634.00			
									Total Paciente	2,682	0	2,682

CC 75049639 ARIAS OCAMPO GERSAIN **Tipo Usuario:** Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792385	22/03/20	890701				11899393	Consulta de urgencias	1.00	90,000.00	90,000	0	90,000
									Total Paciente	90,000	0	90,000

CC 75049639 ARIAS OCAMPO GERSAIN **Tipo Usuario:** Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792385	23/03/20						Elementos			31,108	0	31,108
		20046007-2				11899393	TOXOIDE TETANICO	1.00	29,781.00			
		19993036-8				11899393	Dipirona 2 ML	1.00	1,327.00			
									Total Paciente	31,108	0	31,108

CC 75049639 ARIAS OCAMPO GERSAIN **Tipo Usuario:** Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792385	23/03/20	5DS003				11899393	Sutura	1.00	75,000.00	75,000	0	75,000
									Total Paciente	75,000	0	75,000

CC 75049639 ARIAS OCAMPO GERSAIN **Tipo Usuario:** Contributivo Cotizante

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792385	23/03/20	5DS003				11899393	Derechos de sala para suturas	1.00	75,000.00	75,000	0	75,000
									Total Paciente	75,000	0	75,000

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	273,790
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	273,790

Impreso por: CNT Sistemas de Información SAS, NIT. 800031148-6, Software PACIENTES

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 75049639 Documento N° CC 75049639 **ORDEN DE SERVICIO (Copia) :** 2,792,385
Paciente ARIAS OCAMPO GERSAIN Fecha 23/03/2026
Edad 50 año(s) Sexo Mas Carné 0 Hora: 05:52
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen COTIZANTES Autoriz 11899393 Ciudad
Cajero LLEONG **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
MQ002	Jeringas X 10 CC	2.00	707	1,414	0
MQ004	JERINGA INSULINA	2.00	634	1,268	0
890701	Consulta de urgencias	1.00	90,000	90,000	0
19993036-8	Dipirona 2 ML	1.00	1,327	1,327	0
20046007-2	TOXOIDE TETANICO	1.00	29,781	29,781	0
5DS003	Sutura	1.00	75,000	75,000	0
5DS003	Derechos de sala para suturas	1.00	75,000	75,000	0

TOTAL CARGOS 273,790
TOTAL ADMINISTRADORA 273,790

DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

Laura Leon
FIRMA RESPONSABLE

J. Gersain Arias Ocampo
FIRMA DEL PACIENTE

FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

300 - DIRECCION DE SANIDAD NIVEL CENTRAL

Código de Atención 11899393 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/23/2026 3:51

Información del Prestador

Nombre 890801035*HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE*AGUADAS*CALDAS
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS
Dirección CARRERA 3 CALLE 16 Y 17 **Teléfono** 0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre GERSAIN ARIAS OCAMPO
Número Documento 75049639
Fecha de Nacimiento 19/2/1976
Dirección CALLE 108 #64D-40 B/ GRATAMIRA **Teléfono** 6045823432 0
Departamento ANTIOQUIA **Municipio** MEDELLÍN

Servicio(s) Autorizado(s)

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización URGENCIAS
Fecha de Ingreso 2026/03/23 00:46:00
Diagnóstico S610 - HERIDA DE DEDO(S)DE LA MANO SIN DA?O DE LA(S)U?A(S)
Observaciones

SE VERIFICAN DERECHOS Y SE GENERA CÓDIGO DE URGENCIAS. EN CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL, SE REQUIERE LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL CORREO ELECTRÓNICO DISAN.GRISS-AUT@POLICIA.GOV.CO Y DISAN.REFER-NAL@POLICIA.GOV.CO (PARA AUTORIZACIONES DE URGENCIAS) Y DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO (PARA SERVICIOS POSTERIORES A LA URGENCIA) DE LOS REPORTES DE CONCEPTOS MÉDICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE RELEVANCIA CLÍNICA QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN PRIORITARIA. PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CONOCIDOS, QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS DEBIDO A CUADRO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN HERIDA CORTANTE CON MACHETE, LINEAL, DE BORDES REGULARES, CON SANGRADO ACTIVO ABUNDANTE, EN BASE DEL PRIMER DEDO DE LA MANO DERECHA, CON EXPOSICIÓN DEL TENDÓN DEL FLEXOR LARGO DEL PULGAR, SIN COMPROMISO DEL MISMO, SIN REQUERIMIENTO DE AFRONTAMIENTO MUSCULAR O PLANOS PROFUNDOS, CON ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, SIN OTRAS ALTERACIONES. SE INGRESA PACIENTE PARA LAVADO, SUTURA Y CURACIÓN.

Código(s) CUPS	Descripción
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre MARTA LUCIA CRUZ MURCIA
Cargo FUNCIONARIO CENTRAL DE AUTORIZACIONES
Teléfono 3505546128

CENTRAL DE AUTORIZACIONES - BOGOTÁ CALLE 44 No. 50-51 - Teléfono : 350 5546128

IMPORTANTE : Atención Inicial de Urgencias válida por 06 horas. Toda radicación de cuentas para la Atención Inicial de Urgencia estará sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas de la DISAN.

MARTHLCM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **75.049.639**

ARIAS OCAMPO

APELLIDOS

GERSAIN

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-1976**

AGUADAS
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

30-JUN-1994 AGUADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0100150-00856760-M-0075049639-20161019 **0051911393A 4** 7014100950

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC75049639
Documento de Identificación

CASUR

ARIAS OCAMPO
Apellidos

GERSAIN
Nombres

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

INTENDENTE JEFE (R)
Grado del Titular



Scanned with CamScanner



19-FEB-1976

Fecha de nacimiento

000561525

Numero de carné

O +

GS.Rh

M

Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION [ ] Fecha: 2026-03-23 Hora 00-04

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	NIT	CC	
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS	X		890801035-Número DV

Código	Dirección prestador:	Teléfono	Departamento	Municipio
170130087901	CRA 3 SALIDA A PACORA	096 8514740 (indicativo)	CALDAS 17	AGUADAS 013

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) REGIONAL ASEGURAMIENTO SALUD NUMERO 3 CODIGO:

1° Er apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do Nombre
ARIAS	OCAMPO	GERSAIN	

Tipo Documento de Identificacion

- [X] Registro Civil Tarjeta de identidad
- [ ] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin Identificación
- [ ] Menor sin identificación

7504963900

Fecha de Nacimiento 2022-10-19

Dirección de Residencia Habitual: AGUADAS TEL

Departamento: CALDAS CIUDAD AGUADAS

- [X] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

- [X] Enfermedad General Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- Y Evento Catastrófico

Clasificación Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [X] 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2026-03-23 00:46 **Paciente Viene Remitido** [ ] SI [X] No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite Código

Departamento: CALDAS Municipio: AGUADAS

PACIENTE MASCULINO DE 50 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CONOCIDOS, QUE ACUD AL SERVICIO DE URGENCIAS DEBIDO A CUADRO DE 2 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN HERIDA CORTANTE CON MACHETE, LINEAL, DE BORDES REGULARES, CON SANGRADO ACTIVO ABUNDANTE, EN BASE DEL PRIMER DEDO DE LA MANO DERECHA, CON EXPOSICIÓN DEL TENDÓN DEL FLEXOR LARGO DEL PULGAR, SIN COMPROMISO DEL MISMO, SIN REQUERIMIENTO DE AFRONTAMIENTO MUSCULAR O PLANOS PROFUNDOS, CON ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, SIN OTRAS ALTERACIONES. SE INGRESA PACIENTE PARA LAVADO, SUTURA Y CURACIÓN. SE REALIZA LAVADO CON 500 CC DE SSN 0.9%, SE APLICA

	Codigo CIE10	
Diagnóstico principal Diagnóstico relacionado 1	S610	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente

Domicilio
Observación
Internación
Remision
Contrarremisión
OTRO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa	Teléfono
laura leon	096 8514340 10 (indicativo número extensión)
Cargo o actividad: FACTURACIÓN URGENCIAS	**Teléfono celular:** # 3116176111

HISTORIA CLINICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS
Nit. 890801035
Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:UR-P-01
Fecha Historia:22/03/2026 06:22
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 22/03/2026 06:22
Documento y Nombre del Paciente: RC 1057332604 MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1057332604 Cons. Historia: 2218286
Atención: Urgencias

UR-P-01
HISTORIA CLINICA URGENCIAS:

UR-P-01
Datos Generales
Fecha: 22/03/2026
Hora: 06:18
Historia: 1057332604
Nombre: MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Edad: 3 Años
Sexo: Masculino
Natural de: CALDAS
Estado Civil: Soltero
Telefono: 00
Direccion: CENTRO

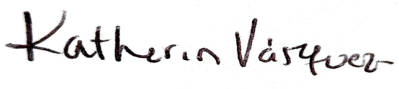
Notificación al Servicio de Salud
Datos de la Consulta
Es Victima del Conflicto o desplazado ?: NO
Motivo de Consulta: NOTA DE INGRESO/EGRESOMC: TIENE MUCHA TOS
Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS REFERIDOS, ANTECEDENTE ALÉRGICO A LA AMOXICILINA, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS PERRUNA, DISFONÍA Y APARICIÓN DE ESTRIDOR INSPIRATORIO, QUE PREDOMINA CON LA ACTIVIDAD; PREVIAMENTE REFIERE PRÓDROMO VIRAL DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, CONGESTIÓN NASAL Y SENSACIÓN FEBRIL NO CUANTIFICADA, REFIEREN MEDICACIÓN CON ACETAMINOFÉN, CON MEJORÍA PARCIAL DEL MALESTAR, SIN EMBARGO, PERSISTENCIA DE TOS, Y APARICIÓN DE EPISODIO EMÉTICO ÚNICO DE CONTENIDO GÁSTRICO. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA.

Antecedentes
Antecedentes Personales
Patológicos: Negativos
Quirúrgicos: Negativos
Toxicos: Negativos
Alergicos: ALERGIA A LA AMOXICILINA
Farmacologicos: -
Otros Antecedentes: MADRE HIPOTIOIDISMO GESTACIONAL, BISABUELA MATERNA: FALLECIDA POR DIABETES MELLITUS
Antecedentes Familiares
Antecedentes Familiares: -
GINECO-OBSTÉTRICOS
Menarca: -

Revision por Sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal
Cuello
Cuello: Normal
Torax
Torax: Normal
Abdomen
Abdomen: Normal
Genitourinario
Genitourinario: Normal
Extremidades
Extremidades: Normal
Neurologico
Neurologico: Normal
Examen Fisico
Observaciones: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA Y ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. SIGNOS VITALES DENTRO DE METAS. PIEL NORMOCLORADA, NORMOTÉRMICA, SIN LESIONES APARENTES.CABEZA: NORMOCÉFALA, SIN LESIONES NI DOLOR A LA PALPACIÓNOJOS: PUPILAS ISOCÓRICAS Y REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS.OÍDOS: CONDUCTOS AUDITIVOS SIN ALTERACIONES, MEMBRANAS TIMPÁNICAS ÍNTEGRAS.NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES, SIN SECRECIONES.BOCA Y FARINGE: MUCOSA HÚMEDA, SIN LESIONES, FARINGE CON LEVE ERITEMA.CUELLO: MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOPATÍAS, SIN MASAS

PALPABLES.TÓRAX: SIMÉTRICO, BUENA EXPANSIBILIDAD.APARATO RESPIRATORIO: RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, PRESENCIA DE ESTRIDOR INSPIRATORIO EN REPOSO, SIN EVIDENCIA DE TIRAJES INTERCOSTALES NI RUIDOS SOBREAGREGADOS. APARATO CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS.ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES.EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES.NEUROLÓGICO: PACIENTE ALERTA, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO EVIDENTE.

Estado General
Estado General: Bueno
Estado de Conciencia
Estado de Conciencia: CONSCIENTE
Escala de Glasgow
Ocular: 4
Verbal: 5
Motriz: 6
Total Glasgow: 15
Signos Vitales y Datos Corporales
FC: 100.00
FR: 18
Temperatura: 36.60
Sat O2: 95
Peso (Kg).: 14.80
Cabeza y O.R.L
Cabeza y O.R.L: Normal
Cardio Pulmonar
Cardio Pulmonar: Normal
Abdomen.
Abdomen.: Normal
Genitourinario.
Genitourinario.: Normal
Extremidades.
Extremidades.: Normal
Neurologico.
Neurologico.: Normal
Impresión Diagnóstica
Dx. Principal: J050-LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP] (RESFRIADO COMUN)
Dx. Relacionado 1: J00X-RINOFARINGITIS AGUDA
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Causa Externa: Enfermedad general
Finalidad de la Consulta: Otra
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
Conducta
Conducta: PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS REFERIDOS, ANTECEDENTE ALÉRGICO A LA AMOXICILINA, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS PERRUNA, DISFONÍA Y APARICIÓN DE ESTRIDOR INSPIRATORIO, QUE PREDOMINA CON LA ACTIVIDAD; PREVIAMENTE REFIERE PRÓDROMO VIRAL DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, CONGESTIÓN NASAL Y SENSACIÓN FEBRIL NO CUANTIFICADA, REFIEREN MEDICACIÓN CON ACETAMINOFÉN, CON MEJORÍA PARCIAL DEL MALESTAR, SIN EMBARGO, PERSISTENCIA DE TOS, Y APARICIÓN DE EPISODIO EMÉTICO ÚNICO DE CONTENIDO GÁSTRICO. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA. A LA VALORACIÓN PACIENTE ALERTA, CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SATURANDO ADECUADAMENTE A OXÍGENO AMBIENTE, CON EVIDENCIA DE ESTRIDOR INSPIRATORIO AL REPOSO, SIN EVIDENCIA DE TIRAJES, CON ACCESOS DE TOS METÁLICA (DE ASPECTO PERRUNO), POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CURSANDO CON CUADRO DE CRUP, TENIENDO EN CUENTA CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REINTERROGANDO MADRE REFIERE EPISODIO PREVIO CON MISMA SINTOMATOLOGÍA. POR LO ANTERIOR SE INDICAN NEBULIZACIONES CON SOLUCIÓN SALINA, Y DOSIS DE CORTICOIDE INTRAMUSCULAR, POSTERIORMENTE SE REVALORA CON PERSISTENCIA DE TOS PERRUNA, POR LO QUE SE INDICAN NEBULIZACIONES CON ADRENALINA, CON MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA, YA SIN ESTRIDOR, POR LO CUAL SE DECIDE DAR EGRESO MÉDICO CON MANEJO ANTIPIRÉTICO ORAL, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR NUEVAMENTE A URGENCIAS. SE EXPLICA CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR A MADRE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. OBSERVACIÓN NEBULIZACIONES CON SSN: 2 CC DE NATROL + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)DEXAMETASONA AMP 4MG, APLICAR 2 MG IM AHORA (DOSIS: 0.15 MG/KG)NEBULIZACIONES CON ADRENALINA: 1 CC DE ADRENALINA + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)EGRESO MÉDICOACETAMINOFÉN JARABE 150 MG/5ML, DAR 7.5 CC VÍA ORAL CADA 6 HORAS EN CASO DE FIEBRERECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS: VIGILAR SIGNOS DE ALARMA COMO PRESENCIA DE PITIDO EN LA GARGANTA EN REPOSO, DIFICULTAD RESPIRATORIA MARCADA (LAS COSTILLAS SE LE MARCAN, ALETEO NASAL),LA BOCA SE LE PONE MORADA O SE PONE TODA MORADA, SOMNOLENCIA, IRRITABILIDAD EXTREMA, DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, INCAPACIDAD PARA TOLERAR LA VÍA ORAL (NO RECIBE NADA DE COMIDA) O FIEBRE PERSISTENTE; EN CUYO CASO DEBEN CONSULTAR DE INMEDIATO. SE RECOMIENDA MANTENER AL NIÑO EN AMBIENTE TRANQUILO, EVITAR EL LLANTO, POSICIÓN SEMISENTADO, ADECUADA HIDRATACIÓN ORAL Y EVITAR EXPOSICIÓN A HUMO O IRRITANTES.
Ayudas Diagnosricas
Interpretación imagenes Diagnósticas: -
Eventos Adversos
Observaciones: -



DR. KATHERIN PAOLA VASQUEZ CASTELLAR
CC 1052632087
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1052632087

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:22/03/2026 06:22
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 22/03/2026 06:22
Documento y Nombre del Paciente: RC 1057332604 MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1057332604 Órden Nº: 2020646

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Atención: Urgencias

R/.
Codigo: H02AD006701 **Medicamento:** Dexametasona fosfato Amp4 mg
Código CUM: Invima: 2020M-0007728-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 4 mg **Via de Administración:** Intramuscular
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: DEXAMETASONA AMP 4MG, APLICAR 2 MG IM AHORA (DOSIS: 0.15 MG/KG)
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

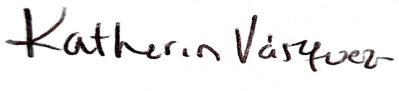
Codigo: C01CE004701 **Medicamento:** Epinefrina tartrato clorhidrato Amp 1 mg 1 mL
Código CUM: Invima: 2018M-0012719-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 1mg / 1mL **Via de Administración:** inhalatoria
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: NEBULIZACIONES CON ADRENALINA: 1 CC DE ADRENALINA + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Codigo: B05XS004702 **Medicamento:** Sodio cloruro Amp 20 mEq 10 mL
Código CUM: Invima: 2020M-0009117-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 20 mEq / 10 mL **Via de Administración:** inhalatoria
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: NEBULIZACIONES CON SSN: 2 CC DE NATROL + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: J050 LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP]
DX Relacionado 1: J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO



DR. KATHERIN PAOLA VASQUEZ CASTELLAR
CC 1052632087
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1052632087

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:22/03/2026 06:22
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 22/03/2026 06:22
Documento y Nombre del Paciente: RC 1057332604 MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

No Historia: 1057332604 Órden Nº: 2020647

Atención: Urgencias

R/.
Codigo: N02BA001221 **Medicamento:** ACETAMINOFEN Fco150 mg 5 mL
Código CUM: Invima: 2018M-0001556-R2
Medida: FRASCO **Concentración:** 150 mg/ 5 mL (3 **Via de Administración:** Oral
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada: _____**
Dosis y Frecuencia de Administración: DAR 7.5 CC VÍA ORAL CADA 6 HORAS EN CASO DE FIEBRE
Periodo de Duración del Tratamiento: 5 **Dias**

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: J050 LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP]
DX Relacionado 1: J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO

Katherin Vásquez

DR. KATHERIN PAOLA VASQUEZ CASTELLAR
CC 1052632087
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1052632087

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 890.801.035-4

FORMATO	Área: GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOJA DE TRATAMIENTO	Código: GC-15010
	Versión: 2
	Fecha: 10/02/2023
	Página: 1 de 1

NOMBRE: Gersain Arias Ocampo EDAD: 50 DOCUMENTO: 75049639 EPS: Ponal

SERVICIO: Urg SALA DE OBSERVACIÓN Proc NÚMERO: 2 FECHA DE INGRESO: 22-03 DIETA: PESO:

RIESGO: ALERGIA: DIAGNOSTICO: Herida

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FECHA 22-03-26. M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
22-03	Prolene 4.0.	1													
22-03	Jeringa 10cc	2													
22-03	Toxoide Tetanico	1.	Im			2015									
22-03	Jeringa Insulina	2													
22-03	Dipirona x 1g	1.													
RESPONSABLE						Kathe									

FECHA	OBSERVACIONES	PENDIENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
			2792385
			laura leon

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora

Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25

Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283743

Fecha Factura:	26/03/2026	
Fecha Vencimiento:	26/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	26/03/2026	17:05:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	26/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 527a0537f527abb309983284c5f66c8a5606f25d22dd0fcc683ec332c8e57a6daf e9659c641581d78ed3898747031346

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento
Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	23/03/20	890701				11901150	Consulta de urgencias	1.00	90,000.00	90,000	0	90,000
									Total Paciente	90,000	0	90,000

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	23/03/20						Elementos			9,654	0	9,654
		A14				11901150	INTRACATH 22	2.00	3,578.00			
		A17		A2000246 9-1		11901150	EQUIPO MACROGOTERO	1.00	2,498.00			
									Total Paciente	9,654	0	9,654

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	23/03/20						Elementos			2,121	0	2,121
		MQ002		A2000217 4-01		11901150	Jeringas X 10 CC	3.00	707.00			
									Total Paciente	2,121	0	2,121

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20						Ayudas Dx			138,800	0	138,800
		907106				11901150	Parcial de orina* incluído sedimento	1.00	24,200.00			
		903856				11901150	Nitrógeno uréico	1.00	18,300.00			
		902207				11901150	Cuadro hemático o hemograma hematocrito	1.00	37,900.00			
		903895				11901150	CREATININA suero orina y otros	1.00	21,900.00			
		903809				11901150	Bilirrubina total	1.00	20,600.00			
		903809				11901150	Bilirrubina directa	1.00	15,900.00			
									Total Paciente	138,800	0	138,800

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20						Elementos			1,325	0	1,325
		1980847-01		1980847-0 1		11901150	FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	1.00	618.00			
		MQ002		A2000217 4-01		11901150	Jeringas X 10 CC	1.00	707.00			
									Total Paciente	1,325	0	1,325

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Forma pago: Crédito
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Plazo (Días): 0
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20						Elementos			28,869	0	28,869
		19997616-5				11901150	Hioscina Nbutil bromuro	3.00	2,682.00			
		20162259-0				11901150	Metoclopramida (clorhidrato)	3.00	1,359.00			
		32611-1				11901150	Ringer lactatoSOLUCION Hartman	3.00	5,582.00			
									Total Paciente	28,869	0	28,869

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20						Elementos			7,142	0	7,142
		19922566-9				11901150	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLAS	1.00	7,142.00			
									Total Paciente	7,142	0	7,142

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20						Elementos			35,712	0	35,712
		20021498-2				11901150	SODIO CLORURO 100 ML	9.00	3,968.00			
									Total Paciente	35,712	0	35,712

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20						Ayudas Dx			128,000	0	128,000
		872002				11901150	RADIOGRAFIA ABDOMEN	1.00	128,000.00			
									Total Paciente	128,000	0	128,000

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20	903841				11901150	Glucometrias	1.00	4,400.00	4,400	0	4,400
									Total Paciente	4,400	0	4,400

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20	5DSB01				11901150	DERECHO SALA DE OBSERVACION E	1.00	103,100.00	103,100	0	103,100
									Total Paciente	103,100	0	103,100

CC 30294873 GOMEZ BAENA JANETH **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2793085	24/03/20						Elementos			5,120	0	5,120
		19997621-7				11901150	Dexametasona fosfato	2.00	1,233.00			
		19993036-8				11901150	Dipirona 2 ML	2.00	1,327.00			
									Total Paciente	5,120	0	5,120

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	554,243
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	554,243

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 30294873 Documento N° CC 30294873
Paciente GOMEZ BAENA JANETH
Edad 61 año(s) Sexo Fem Carné
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT
Regimen POLICIA Autoriz 11901150
Cajero JMLONDOÑO
Bono N°

ORDEN DE SERVICIO (Copia) : 2,793,085
Fecha 24/03/2026
Hora: 17:32
900339410-8
Ciudad
Servicio Ambulatorio

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
890701	Consulta de urgencias	1.00	90,000	90,000	0
A14	INTRACATH 22	2.00	3,578	7,156	0
A17	EQUIPO MACROGOTERO	1.00	2,498	2,498	0
MQ002	Jeringas X 10 CC	3.00	707	2,121	0
902207	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	1.00	37,900	37,900	0
903809	Bilirrubina total	1.00	20,600	20,600	0
903809	Bilirrubina directa	1.00	15,900	15,900	0
903856	Nitrógeno uréico	1.00	18,300	18,300	0
903895	CREATININA suero orina y otros	1.00	21,900	21,900	0
907106	Parcial de orina* incluído sedimento	1.00	24,200	24,200	0
1980847-01	FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	1.00	618	618	0
MQ002	Jeringas X 10 CC	1.00	707	707	0
19997616-5	Hioscina Nbutil bromuro	3.00	2,682	8,046	0
20162259-04	Metoclopramida (clorhidrato)	3.00	1,359	4,077	0
32611-1	Ringer lactatoSOLUCION Hartman	3.00	5,582	16,746	0
19922566-9	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLAS	1.00	7,142	7,142	0
20021498-2	SODIO CLORURO 100 ML	9.00	3,968	35,712	0
872002	RADIOGRAFIA ABDOMEN	1.00	128,000	128,000	0
903841	Glucometrias	1.00	4,400	4,400	0
5DSB01	DERECHO SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJID	1.00	103,100	103,100	0
19993036-8	Dipirona 2 ML	2.00	1,327	2,654	0
19997621-7	Dexametasona fosfato	2.00	1,233	2,466	0

TOTAL CARGOS 554,243
TOTAL ADMINISTRADORA 554,243

QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

J. londoño

FIRMA RESPONSABLE

Janeth Gomez

FIRMA DEL PACIENTE

FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

300 - DIRECCION DE SANIDAD NIVEL CENTRAL

Código de Atención 11901150 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/24/2026 1:38

Información del Prestador

Nombre 890801035*HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE*AGUADAS*CALDAS
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS
Dirección CARRERA 3 CALLE 16 Y 17 **Teléfono** 0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre JANETH GOMEZ BAENA
Número Documento 30294873
Fecha de Nacimiento 28/12/1964
Dirección CALLE 46B NUMERO 17-61 **Teléfono** 000
Departamento CALDAS **Municipio** MANIZALES

Servicio(s) Autorizado(s)

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización URGENCIAS
Fecha de Ingreso 2026/03/23 23:17:00
Diagnóstico R104 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Observaciones

SE VERIFICAN DERECHOS Y SE GENERA CÓDIGO DE URGENCIAS. EN CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL, SE REQUIERE LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL CORREO ELECTRÓNICO DISAN.GRISS-AUT@POLICIA.GOV.CO Y DISAN.REFER-NAL@POLICIA.GOV.CO (PARA AUTORIZACIONES DE URGENCIAS) Y DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO (PARA SERVICIOS POSTERIORES A LA URGENCIA) DE LOS REPORTES DE CONCEPTOS MÉDICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE RELEVANCIA CLÍNICA QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN PRIORITARIA. PACIENTE DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. -HEMANGIOMA HEPÁTICO SEGMENTO VII (RM 11/01/2025), EN MANEJO CON (ÁCIDO URSODESOXICÓLICO, MOSAPRIDA Y SERTRALINA) EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA (COLMÉDICA) QUIEN TIENE PENDIENTE REPORTE PET/CT. CON CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DIAFORESIS, FRIALDAD GENERALIZADA, ASOCIADA ASTENIA, ADINAMIA Y QUE DESDE HOY CON MÚLTIPLES EPISODIOS EMÉTICOS DE CONTENIDO BILIOSO, DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO Y SENSACIÓN DE PLENITUD EPIGÁSTRICA

Código(s) CUPS	Descripción
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre INGRID CAROLINA RODRIGUEZ ALARCON
Cargo FUNCIONARIO CENTRAL DE AUTORIZACIONES
Teléfono 3505546128

CENTRAL DE AUTORIZACIONES - BOGOTÁ CALLE 44 No. 50-51 - Teléfono : 350 5546128

IMPORTANTE : Atención Inicial de Urgencias válida por 06 horas. Toda radicación de cuentas para la Atención Inicial de Urgencia estará sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas de la DISAN.

INGRCARA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 30.294.873

Apellidos
GOMEZ BAENA

Nombres
JANETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.45

Sexo
F

Fecha de nacimiento
28 DIC 1964

G.S.
A-

Lugar de nacimiento
MANIZALES (CALDAS)

Fecha y lugar de expedición
15 AGO 1983, MANIZALES

Fecha de expiración
08 JUL 2035

Firma

Janeth Gomez B.

.00

0652059211

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0652059212090001<<<<<<<<<<<<<<<
6412283F3507083COL30294873<<<4
GOMEZ<BAENA<<JANETH<<<<<<<<<<<<<<

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 3029487?
Documento de Identificación

CASUR

GOMEZ BAENA
Apellidos

JANETH ENSUEÑO
Nombres

CONYUGE
Parentesco con Titular

PERMANENTE
Fecha de Vencimiento

CC 10253469
Titular

AGENTE (R)
Categoria del Titular





28-DIC-1964
Fecha de nacimiento

302530362
Numero de carné

A -
GS.Rh

F
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS SERVICOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

POLICIA NACIONAL

10253469/2017/05/08:02:33:17

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION | | | | Fecha: 2026-03-23 Hora 00:14

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre		NIT	X	
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS		CC		890801035-4
				Número DV
Código	170130087901	Dirección prestador:		
Teléfono:	096 8514740 (Indicativo)	CRA 3 SALIDA A PACORA		
		Departamento: CALDAS 17	Municipio: AGUADAS 013	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)	REGIONAL ASEGURAMIENTO SALUD NUMERO 3	CODIGO:		

GOMEZ	BAENA	JANETH	
1er Apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificacion

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [X] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

3029487 3

Fecha de Nacimiento 1964-12-28

Dirección de Residencia Habitual: CRA 6 N 8-97 TEL 3136248215

Departamento: CALDAS CIUDAD AGUADAS

- [X] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito

Y / Evento Catastrófico

Clasificación Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [X] 3. Verde

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2026-03-23 23:17 **Paciente Viene Remitido** [ ] Si [X] No

Nombre del prestador de servicios de salud que remite Código

Departamento: CALDAS Municipio: AGUADAS

R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. -HEMANGIOMA HEPÁTICO SEGMENTO VII (RM 11/01/2025), EN MANEJO CON (ÁCIDO URSODESOXICÓLICO, MOSAPRIDA Y SERTRALINA) EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA (COLMÉDICA) QUIEN TIENE PENDIENTE REPORTE PET/CT. ALERGIA : DIPIRONA. QUIEN SE ENCUENTRA CON CUADRO DE SÍNDROME EMETICO, DOLOR ABDOMINAL, SENSACIÓN DE PLENITUD EPIGÁSTRICA Y DISMINUCIÓN DE LA CLASE FUNCIONAL. AL INGRESO PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, ESTÁ ALERTA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL, SE VE PÁLIDA, DIAFORÉTICA, CON DOLOR 5/10 EVAD, NO ESTÁ FEBRIL, NO TIENE SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TIENE CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, NORMOCARDICA, NORMOSATURADA, SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIRS EN EL MOMENTO, AL EXAMEN FÍSICO CON MUCOSAS SECAS, PALIDEZ MUCO FACIAL Y SUDOROSA, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES, ABDOMEN [illegible]

	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Diagnóstico relacionado 1	R11X	NAUSEA Y VOMITO
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente

- [ ] Domicilio
- [X] Observación
- [ ] Internación
- [ ] Remision
- [ ] Contrarremisión
- [ ] OTRO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa	Teléfono 096 8514340 (Indicativo) (número) 106 (extensión)
ANDERSON PAVI	
Cargo o actividad: AUXILIAR DE FACTURACION	Teléfono celular: # 3116176111

MPS-AIU V5.0 2008-07-11

HISTORIA CLINICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS
Nit. 890801035
Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:UR-P-01
Fecha Historia:23/03/2026 23:48
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 23/03/2026 23:48
Documento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 30294873 Cons. Historia: 2218502
Atención: Urgencias

UR-P-01
HISTORIA CLINICA URGENCIAS:

UR-P-01
Datos Generales
Fecha: 23/03/2026 **Hora:** 23:17
Historia: 30294873 **Nombre:** JANETH GOMEZ BAENA
Edad: 61 Años **Sexo:** Femenino
Natural de: CALDAS **Estado Civil:** Soltero
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **Telefono:** 3136248215
Direccion: CRA 6 N 8-97

Datos del Acompañante
El paciente llega por sus propios Medios?
El paciente llega por sus propios Medios?: Si

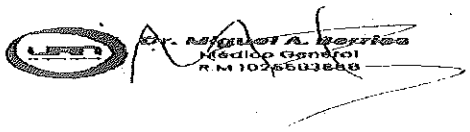
En Caso de Accidente Intoxicacion o Violencia
Notificacion Policia
Notificacion Policia: No
Notificacion Familiar
Notificacion Familiar: No
Notificación al Servicio de Salud
Notificación al Servicio de Salud: No
Datos de la Consulta
Es Victima del Conflicto o desplazado ?: NO **Motivo de Consulta:** " ME SIENTO MUY MAL Y SUFRO DEL HIGADO"
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. -HEMANGIOMA HEPÁTICO SEGMENTO VII (RM 11/01/2025), EN MANEJO CON (ÁCIDO URSODESOXICÓLICO, MOSAPRIDA Y SERTRALINA) EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA (COLMÉDICA) QUIEN TIENE PENDIENTE REPORTE PET/CT. ALERGIA : DIPIRONA. ASISTE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DIAFORESIS, FRIALDAD GENERALIZADA, ASOCIADA ASTENIA, ADINAMIA Y QUE DESDE HOY CON MÚLTIPLES EPISODIOS EMÉTICOS DE CONTENIDO BILIOSO, DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO Y SENSACIÓN DE PLENITUD EPIGÁSTRICA, ADEMAS PACIENTE REFIERE QUE HABÍA VENIDO CON CUADRO DE ESTREÑIMIENTO QUIEN EN LA MAÑANA SE TOMÓ DOS DULCOLAX CON POSTERIOR EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS, POR LO QUE DECIDE CONSULTAR.

Antecedentes
Antecedentes Personales
Patológicos: HIPOTIROIDISMO. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. -HEMANGIOMA HEPATICO SEGMENTO VII (RM 11/01/2025)
Quirúrgicos: CESAREA, HISTERECTOMIA POR MIOMATOSIS, COLELAP, BYPASS GASTRICO
Toxicos: - **Alergicos:** DIPIRONA
Farmacologicos: ÁCIDO URSODESOXICÓLICO, MOSAPRIDA Y SERTRALINA)
Otros Antecedentes: -
Antecedentes Familiares
Antecedentes Familiares: - PADRE CON CA PULMONES Y MADRE CON CA DE COLON
GINECO-OBSTÉTRICOS
Menarca: - **Ciclos:** REG
Gravidez: 2 **Paridad:** 2
Cesareas: 0 **Ectopicos:** 0
Observaciones: 0

Revision por Sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal
Cuello
Cuello: Normal
Torax

Torax: Normal
Abdomen
Abdomen: Normal
Genitourinario
Genitourinario: Normal
Extremidades
Extremidades: Normal
Neurologico
Neurologico: Normal
Examen Fisico
Observaciones: CABEZA : SIN DEFORMIDADES, ADECUADA SIMETRICA FACIAL, SIN LESIONES FACIALES, ESCLERAS ANICTÉRICAS, FOSAS NASALES PERMEABLES, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES, LA MUCOSA ESTÁ SECA Y PÁLIDA.ORL : OTOSCOPIA SIN ALTERACIONES.CUELLO : SIMETRICO, TRAQUEA CENTRAL, TIROIDES PALPABLE SIN ALTERACIONES, NO SE PALPAN ADENOPATÍAS, NO DOLOROSO, SIN LESIONES.TÓRAX : SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES, C/P : RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLO , RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES.ABDOMEN : CICATRIZ DE COLECISTECTOMÍA, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES CON ADECUADO TONO E INTENSIDAD, BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN HEMIABDOMEN SUPERIOR, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS NO MEGALIAS.GENITOURINARIO : PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVAEXTREMIDADES : EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, MÓVILES, NO DOLOROSAS, ADECUADO LLENADO CAPILAR < 2 SEG, NO EDEMA, PULSOS PRESENTES.NEUROLÓGICO : ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO GLOBALMENTE, PARES CRANEALES CONSERVADOS, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA 5/5, ROT ++/++++, SIN ALTERACIONES EN LA MARCHA, NO ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD, SIN SIGNOS MENÍNGEOS.
Estado General
Estado General: Regular
Estado de Conciencia
Estado de Conciencia: CONSCIENTE
Escala de Glasgow
Ocular: 4 **Verbal:** 5
Motriz: 6 **Total Glasgow:** 15
Signos Vitales y Datos Corporales
Presion Arterial: 126/74 **FC:** 89.00
FR: 18 **Temperatura:** 36.00
Sat O2: 92 **Peso (Kg).:** 75.00
Cabeza y O.R.L
Cabeza y O.R.L: Normal
Cardio Pulmonar
Cardio Pulmonar: Normal
Abdomen.
Abdomen.: Anormal
Genitourinario.
Genitourinario.: Normal
Extremidades.
Extremidades.: Normal
Neurologico.
Neurologico.: Normal
Impresión Diagnóstica
Dx. Principal: R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Dx. Relacionado 1: R11X-NAUSEA Y VOMITO **Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA
Causa Externa: Enfermedad general **Finalidad de la Consulta:** Diagnóstico
Causa que motiva la atención: Enfermedad general **Modalidad de la tecnologia en salud:** Intramural
Conducta
Conducta: ANÁLISIS : PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. -HEMANGIOMA HEPÁTICO SEGMENTO VII (RM 11/01/2025), EN MANEJO CON (ÁCIDO URSODESOXICÓLICO, MOSAPRIDA Y SERTRALINA) EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA (COLMÉDICA) QUIEN TIENE PENDIENTE REPORTE PET/CT. ALERGIA : DIPIRONA. QUIEN SE ENCUENTRA CON CUADRO DE SÍNDROME EMETICO, DOLOR ABDOMINAL, SENSACIÓN DE PLENITUD EPIGÁSTRICA Y DISMINUCIÓN DE LA CLASE FUNCIONAL. AL INGRESO PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL, ESTÁ ALERTA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL, SE VE PÁLIDA, DIAFORÉTICA, CON DOLOR 5/10 EVAD, NO ESTÁ FEBRIL, NO TIENE SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TIENE CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, NORMOCARDICA, NORMOSATURADA, SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIRS EN EL MOMENTO, AL EXAMEN FÍSICO CON MUCOSAS SECAS, PALIDEZ MUCO FACIAL Y SUDOROSA, CAVIDAD ORAL SIN LESIONES, CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, ABDOMEN CON DOLOR A LA PALPACIÓN EN HEMIABDOMEN SUPERIOR DE PREDOMINIO EN EPIGASTRIO, NO EDEMAS, DURANTE LA VALORACIÓN SE APRECIA PACIENTE CON EPISODIOS EMÉTICOS DE CONTENIDO BILIOSO. SE REVISAN HISTORIA CLÍNICA, PACIENTE QUIEN VENÍA EN ESTUDIO POR CUADRO ICTÉRICO CON PATRÓN COLESTÁSICO CON RMN QUE EVIDENCIA HEMANGIOMA HEPÁTICO EN SEGMENTO VII. EN EL MOMENTO CONSIDERO PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO Y SÍNDROME EMETICO SECUNDARIO, CON HEPATOPATÍA A ESTUDIO Y PROBABLE CUADRO OBSTRUCTIVO BILIAR, SE INGRESA PARA HIDRATACIÓN ENDOVENOSA, MANEJO ANTIEMETICO, ANTIESPASMODICO, IBP Y TOMA DE PARACLINICOS DE EXTENSIÓN, SE SOLICITA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN DADO CUADRO DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO QUIEN AL USO DE LAXANTE EXACERBÓ EL DOLOR, NO DESCARTO CUADRO PSEUDOOBSTRUCTIVO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

Ayudas Diagnosricas
Interpretación Imagenes Diagnósticas: PARACLÍNICOS: (22/01/2025): PERFIL HEPÁTICO: BT 1.32. BD 0.75. BI 0.57. FA 992. GGT 1052.39. ALT 323. AST 244. RELACIÓN ALT/FA 0.32.IMAGENOLOGÍA: - RM DE ABDOMEN CON CONTRASTE (11/01/2025): HEMANGIOMA HEPÁTICO EN SEGMENTO VII. TRASTORNO TRANSITORIO E LA PERFUSIÓN DEL LÓBULO HEPÁTICO IZQUIERDO, EN CUÑA. EN CONFLUENCIA DE SEGMENTO II-III POR PROBABLE SHUNT DE ORIGEN VASCULAR. ADENOMEGALIAS INEPECÍFICAS EN HILIO HEPÁTICO Y PERIPORTAL. CAMBIOS POST COLECISTECTOMÍA. - ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (09/01/2025): HALLAZGO COMPATIBLE CON ADENOPATÍA EN LIGAMENTOS GASTROHEPÁTICO. LESIÓN HEPÁTICA COMO PRIMERA POSIBILIDAD EN RELACI´N CON HEMANGIOMA. ESTEATOSIS HEPÁTICA LEVE.



DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:23/03/2026 23:48
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 23/03/2026 23:48
Documento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 30294873 Órden Nº: 2020827

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Atención: Urgencias

R/.
Codigo: B05XR007701 **Medicamento:** Ringer lactato SOLUCION Hartman
Código CUM: Invima: 2020M-002282-R4
Medida: BOLSAS **Concentración:** 500 ML **Via de Administración:** Intravenosa
Cantidad: 3 (TRES) **Forma Farmaceutica:** BOLSA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: cc hora
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Codigo: A03BH013701 **Medicamento:** Hioscina Nbutil bromuro Amp 20 mg mL
Código CUM: Invima: 2009M-011494-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 20 ML **Via de Administración:** Intravenosa
Cantidad: 3 (TRES) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: 1 CADA 8H
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Codigo: A03FA0101 **Medicamento:** Metoclopramida AMP 10 mg
Código CUM: Invima: 2021M-0020010
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 10 mg **Via de Administración:** Intravenosa
Cantidad: 3 (TRES) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: 1 CADA 8 H
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Codigo: A02BC0101 **Medicamento:** OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLAS
Código CUM: Invima: 2019M-0015210-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 40 MG **Via de Administración:** Intravenosa
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: 1
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Codigo: B05BB0201 **Medicamento:** SODIO CLORURO 100 ML
Código CUM: Invima: 2020M-001117-R4
Medida: BOLSAS **Concentración:** 100 ML **Via de Administración:** Intravenosa
Cantidad: 9 (NUEVE) **Forma Farmaceutica:** BOLSA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: DILUCIONES
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
DX Relacionado 1: R11X NAUSEA Y VOMITO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO

Dr. Miguel A. Berrios
Medico General
R.M 1026583888

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:23/03/2026 23:48
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 23/03/2026 23:48
Documento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 30294873 Órden N°: 2020828

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Atención: Urgencias

R/.
Codigo: N02BD026701 **Medicamento:** Dipirona Amp 2 ML
Código CUM: Invima: 2008M-0008780
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 2 ML **Vía de Administración:** Intravenosa
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: SE CARGA 2 AMP POR INDICACION Y SE SUSPENDE DADA ALERGIA, YA SE HABIAN DESTAPADO
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 Dias

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
DX Relacionado 1: R11X NAUSEA Y VOMITO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO

Dr. Miguel A. Berrios
Medico General
R.M 1026583888

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:23/03/2026 23:48
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 23/03/2026 23:48
Documento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 30294873 Órden N°: 2020825

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Atención: Urgencias

- **Procedimiento:** S19304 - Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19290 - CREATININA suero orina y otros
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19749 - Nitrógeno uréico
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19169 - Bilirrubina directa
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19170 - Bilirrubina total
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19775 - Parcial de orina, incluído sedimento
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
DX Relacionado 1: R11X NAUSEA Y VOMITO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Dr. Miguel A. Berrios
Medico General
R.M 1026583888

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:23/03/2026 23:48
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 23/03/2026 23:48
Documento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 30294873 Órden Nº: 2020824

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Atención: Urgencias

- **Procedimiento:** S38915 - DERECHO SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
DX Relacionado 1: R11X NAUSEA Y VOMITO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Dr. Miguel A. Berrios
Medico General
R.M 1026583888

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:23/03/2026 23:48
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 23/03/2026 23:48
Documento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 30294873 Órden Nº: 2020826

Atención: Urgencias

- Procedimiento: S19490-1 - Glucometrias
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:** 1

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
DX Relacionado 1: R11X NAUSEA Y VOMITO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Dr. Miguel A. Berrios
Médico General
R.M 1026583388

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Registro de Calidad:
Fecha Historia:24/03/2026 06:40
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 24/03/2026 06:40
Documento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 30294873 Órden Nº: 2020851

Atención: Urgencias

- Procedimiento: S21301 - RADIOGRAFIA ABDOMEN
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:** 2218525TOMAR DE PIE

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Dr. Miguel A. Berrios
Médico General
R.M 1026583388

DR. MIGUEL ANGEL BERRIOS GONGORA
CC 1026583388
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1026583388

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:24/03/2026 15:39
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 24/03/2026 15:39

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

ocumento y Nombre del Paciente: CC 30294873 JANETH GOMEZ BAENA
dministradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
lo Historia: 30294873 Órden N°: 2021508

tención: Urgencias

℞.
Código: H02AD006701 **Medicamento:** Dexametasona fosfato Amp4 mg
Código CUM: Invima: 2020M-0007728-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 4 mg **Via de Administración:**
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: USO: UNA AMPOLLLA INTRAMUSCULAR AL DIA POR 3 DIAS DEPSUES SUSPENDER
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 Dias

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO

Dra. María José Viloria
Médica general
C.C 1.004.380.522

DR. MARIA JOSE VILORIA POLO
CC 1004380522
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1004380522

HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS E.S.E. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 890.801.035-4

FORMATO	Area: GESTION DE LA CALIDAD
HOJA DE TRATAMIENTO	Código: GC-15010
	Versión: 2
	Fecha: 10/02/2023
	Pagina: 1 de 1

NOMBRE: Janeth Gomez Baena EDAD: 61 DOCUMENTO: 30294873 EPS: Ponal

SERVICIO: Urgencias SALA DE OBSERVACIÓN NÚMERO: FECHA DE INGRESO: 23-03 DIETA: PESO:

RIESGO: ALERGIA: DIPIRONA DIAGNOSTICO: Dolor abdominal - náusea - vómito

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FECHA 24-03-26 M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
23-03	Metoclopramida	3 1 c/8h	IV			22:30	06:30								
23-03	Dipirona	2													
23-03	Dexametasona	2	IV			23:30									
23-03	SSN x100	3+2+4													
23-03	Ringer SSN x500 80cc/h	1+2													
23-03	Jeringa x10	3													
23-03	Intracath # 22	2													
23-03	Macrogotero	1													
23-03	Hiposcina simple	3 1c/8h	IV			24:00	8:00								
RESPONSABLE							Kathe Dani.								

FECHA	OBSERVACIONES	PENDIENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
		CH - Funcion renal - Bilirrubinas - PO	2793085
		Rx de abdomen	MGMO L.

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 890680135-4

FORMATO	Área: GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOJA DE TRATAMIENTO	Código: GC-15010
	Versión: 2
	Fecha: 10/02/2023
	Página: 1 de 1

NOMBRE: EDAD: DOCUMENTO: EPS:

SERVICIO: SALA DE OBSERVACIÓN NÚMERO: FECHA DE INGRESO: DIETA: PESO:

RIESGO: ALERGIA: DIAGNOSTICO:

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FECHA											
				M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
23-03	Omeprazol amp	1	IV	24h00											
24-03	FrascoOma	1													
24-03	Jeringa 10cc	1													
RESPONSABLE															

FECHA	OBSERVACIONES	PENDIENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS

LABORATORIO CLINICO

Usuario:

FECHA DE IMPRESION: 26-marzo-2026 12:31:36a.m.

PACIENTE: GOMEZ BAENA JANETH
DOCUMENTO: 30294873
EDAD: 61 año(s) **Telefono:** 3136248215
GENERO: Femenino

SECCION: HEMATOLOGIA
EXAMEN: CUADRO HEMATICO

ORDEN: 1,981,012 **CONSECUTIVO:** 1141

Fecha del Examen: 24-03-2026 7:21 am
Fecha Validación: 24/03/2026 08:31:00a.m.

GRUPO: HEMATOLOGIA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite Sup
01	LEUCOCITOS	6.7		10 ^3/m^3	0	3.50	10.00	100.00
03	HEMOGLOBINA	13.8		g/dl	0	11.00	16.50	25.00
04	HEMATOCRITO	42.4		%	0	35.00	50.00	70.00
05	PLAQUETAS	255000		mm^3	5*000.00	150*000.00	390*000.00	600*000.00
06	GRANULOCITOS	83		%	0	43.00	76.00	100.00
07	LINFOCITOS	15		%	0	17.00	48.00	100.00

DOCUMENTO: 30294873

EDAD: 61 año(s) Telefono: 3136248215

GENERO: Femenino

08	CELULAS MIXTAS	2	%	0	4.00	10.00	100.00
10	MCV	83	um^3	0	80.00	97.00	200.00
11	MCH	27	pg	0	26.50	33.50	50.00
12	MCHC	32	g/dl	0	31.50	35.00	50.00

Comentario

RESPONSABLE DEL EXAMEN :MARIA DEL ROSARIO VERA

SECCION: QUIMICA

EXAMEN: CREATININA

ORDEN: 1,981,015 **CONSECUTIVO:** 1141

Fecha del Examen: 24-03-2026 7:21 am

Fecha Validación: 24/03/2026 09:08:00a.m.

GRUPO: QUIMICA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite Sup
01	CREATININA	0.92		mg/dl	0.20	0.60	1.10	10.00

Comentario

PACIENTE: GOMEZ BAENA JANETH
DOCUMENTO: 30294873
EDAD: 61 año(s) **Telefono:** 3136248215
GENERO: Femenino

RESPONSABLE DEL EXAMEN :NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

SECCION: QUIMICA

EXAMEN: NITROGENO UREICO

ORDEN: 1,981,016 **CONSECUTIVO:** 1141

Fecha del Examen: 24-03-2026 7:21 am
Fecha Validación: 24/03/2026 09:08:00a.m.

GRUPO: QUIMICA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite Sup
01	NITROGENO UREICO	19		mg/dl	0	7.00	18.00	100.00

Comentario

RESPONSABLE DEL EXAMEN :NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

SECCION: QUIMICA

EXAMEN: BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA

ORDEN: 1,981,017 **CONSECUTIVO:** 1141

Fecha del Examen: 24-03-2026 7:21 am
Fecha Validación: 24/03/2026 09:09:00a.m.

GRUPO: QUIMICA

Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite Sup
01	BILLIRUBINA TOTAL	0.42		mg/dl	0	0	0	0
02	BILIRRUBINA DIRECTA	0.14		mg/dl	0	0	0	0

PACIENTE: GOMEZ BAENA JANETH
DOCUMENTO: 30294873
EDAD: 61 año(s) **Telefono:** 3136248215
GENERO: Femenino

03	BILIRRUBINA INDIRECTA	0.28		mg/dl	0	0	0	0

Comentario

RESPONSABLE DEL EXAMEN : NATALIA BALLESTEROS GONZALEZ

SECCION: UROANALISIS

EXAMEN: PARCIAL DE ORINA **ORDEN:** 1,981,311 **CONSECUTIVO:** 1141

Fecha del Examen: 24-03-2026 7:21 am
Fecha Validación: 24/03/2026 09:41:00a.m.

GRUPO: CITOQUIMICO DE ORINA

					VALORES DE REFERENCIA			
Analito		Resultado 1	Resultado 2	Unidad	Limite inf	Inferior	Superior	Limite Sup
01	COLOR	AMARILLO			0	0	0	0
02	ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO			0	0	0	0
03	PH	7.0			0	0	0	0
04	DENSIDAD	1010			0	0	0	0
05	PROTEINAS	NEGATIVO		mg/dl	0	0	0	0

06	GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl	0	0	0	0
07	CETONAS	NEGATIVO		0	0	0	0
08	HEMOGLOBINA	NEGATIVO		0	0	0	0
09	UROBILINOGENO	NORMAL		0	0	0	0
10	BILIRRUBINAS	NEGATIVO		0	0	0	0
11	NITRITOS	NEGATIVO		0	0	0	0
12	LEUCOCITOS	4-6x CAMPO		0	0	0	0
14	HEMATIES	4-6x CAMPO		0	0	0	0
15	CELULAS EPITELIALES	2-4x CAMPO		0	0	0	0
25	MOCO	+		0	0	0	0

PACIENTE: GOMEZ BAENA JANETH

DOCUMENTO: 30294873

EDAD: 61 año(s) **Telefono:** 3136248215

GENERO: Femenino

26	BACTERIAS	+	0	0	0	0

Comentario

RESPONSABLE DEL EXAMEN : MARIA DEL ROSARIO VERA

E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ - AGUADAS CALDAS
Nit.890.801.035-4
ENTIDAD VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. www.hospitaldeaguadas.gov.co
Crr 3 # 16 - 17 - Aguadas - Caldas
Teléfono: (606) 8514340 - (606) 8514740

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	JANETH GOMEZ BAENA	**Identificación**	30294873
Fecha de Nacimiento	1964-12-28 (61)		

DATOS DEL ESTUDIO

Estudio	CR	**Fecha de Estudio**	2026-03-24

ABDOMEN SIMPLE

HALLAZGOS

Estudio: Radiografía de abdomen simple de pie y proyección lateral derecha.

Hallazgos:

Distribución de gas intestinal aumentada en colon, con abundante contenido fecal.

Asas intestinales sin dilatación patológica.

No se identifican niveles hidroaéreos anormales.

No signos de neumoperitoneo.

Estructuras óseas visualizadas sin alteraciones aparentes para la edad.

Impresión diagnóstica:

Coprostasis (retención fecal).

No hallazgos radiográficos sugestivos de obstrucción intestinal ni perforación.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

VER DESCRIPCION

Dr. ROBINSON JANNER CAMPOS. Médico Radiólogo.
R.M N° 8.495.048

Generado por GreenRAD V2.0.1 - info@tyb.co

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Cod. IPS: 170130087901

Facturación Electrónica, según resolución de la DIAN No. 18764090899101 con vigencia del 22-03-2025 al 22-03-2027. Numeración habilitada del 200001 al 500000 y prefijo HSJA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. HSJA-283951

Fecha Factura:	27/03/2026	
Fecha Vencimiento:	27/03/2026	
Fecha Validación DIAN:	27/03/2026	10:54:00
Fecha Inicial:	01/01/2026	
Fecha Final:	27/03/2026	

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE: 790c867c133f3f226bd54a2cf117b9f199669752d220069068a529fea80cde37b460cbaeb53b324b46f9c939e3e29a89

Elaborado por: LEIDY VIVIANA VASQUEZ PEREZ

Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3
Nit: 900339410 - 8
Convenio: 01SERVICIOS - 86-5-20234-25
Fecha Convenio: 03/08/2023 A 31/12/2030
Contratacion: Pago por evento

Forma pago: Crédito
Plazo (Días): 0
Plan Beneficio: Cobertura Régimen Espe

RC 1057332604 USUGA RAMIREZ MIGUEL ANGEL **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792362	22/03/20	890701				11898063	Consulta de urgencias	1.00	90,000.00	90,000	0	90,000
									Total Paciente	90,000	0	90,000

RC 1057332604 USUGA RAMIREZ MIGUEL ANGEL **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792362	22/03/20						Elementos			12,259	0	12,259
		MQ002		A2000217 4-01		11898063	Jeringas X 10 CC	2.00	707.00			
		MQ48				11898063	EQUIPO MICRONEBULIACION PEDIA	1.00	10,845.00			
									Total Paciente	12,259	0	12,259

RC 1057332604 USUGA RAMIREZ MIGUEL ANGEL **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792362	22/03/20						Elementos			7,117	0	7,117
		19934265-1				11898063	Sodio cloruro	1.00	3,594.00			
		19993926-4				11898063	Epinefrina (tartrato O clorhidrato)	1.00	2,290.00			
		19997621-7				11898063	Dexametasona fosfato	1.00	1,233.00			
									Total Paciente	7,117	0	7,117

RC 1057332604 USUGA RAMIREZ MIGUEL ANGEL **Tipo Usuario:** Especiales o de Excepción c

Orden	Fecha	Código	N° Mipres	CUM	Ent. Mipres	AUTORI.	Descripción	Cant.	Vl.Unit	Vl.Total	Copago	Saldo
2792362	22/03/20	939402				11898063	Nebulizaciones c/u	2.00	22,900.00	45,800	0	45,800
									Total Paciente	45,800	0	45,800

OBSERVACIONES:

.gov.co#$#$16-01-02-040;086-5-200234-25;brayan.alzate3721@correo.policia

Valor en letras: CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS MCTE

TOTAL CARGOS	155,176
DESCUENTO	0
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS	0
SALDO ADMINISTRADORA	155,176

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE NIT. 890801035-4
Direccion: Cra 3 calle 16 y 17 Salida a Pacora
Somos grandes contribuyentes Resolucion DIAN Nro. 250000 del 25
Aguadas, Caldas

Historia N° 1057332604 Documento N° RC 1057332604 **ORDEN DE SERVICIO:** 2,792,362
Paciente USUGA RAMIREZ MIGUEL ANGEL Fecha 22/03/2026
Edad 3 año(s) Sexo Mas Carné Hora: 08:00
Administradora REGIONAL DE ASEGURAMIENTO E Conv 01SERVICIOS NIT 900339410-8
Regimen POLICIA Autoriz 1 Ciudad
Cajero APAVI **Servicio Ambulatorio**
Bono N°

CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	COPAGO
890701	Consulta de urgencias	1.00	90,000	90,000	0
MQ002	Jeringas X 10 CC	2.00	707	1,414	0
MQ48	EQUIPO MICRONEBULIACION PEDIATRICO	1.00	10,845	10,845	0
19934265-1	Sodio cloruro	1.00	3,594	3,594	0
19993926-4	Epinefrina (tartrato O clorhidrato)	1.00	2,290	2,290	0
19997621-7	Dexametasona fosfato	1.00	1,233	1,233	0
939402	Nebulizaciones c/u	2.00	22,900	45,800	0

TOTAL CARGOS 155,176
TOTAL ADMINISTRADORA 155,176

CIENTO CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS MCTE

VALOR DE RECUPERACION 0
VALOR ABONADO 0
VALOR SUBSIDIADO 0
VALOR RECARGO 0
VALOR FINANCIADO 0

TOTAL PACIENTE EN LETRAS:
CERO PESOS MCTE

TOTAL A PAGAR PACIENTE 0

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE

Miguel Angel Usuga R.
FIRMA DEL PACIENTE

FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

300 - DIRECCION DE SANIDAD NIVEL CENTRAL

Código de Atención 11898063 **Fecha y Hora de Elaboración** 3/22/2026 7:46

Información del Prestador

Nombre 890801035*HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS ESE*AGUADAS*CALDAS
Departamento CALDAS **Municipio** AGUADAS
Dirección CARRERA 3 CALLE 16 Y 17 **Teléfono** 0968-514340 - 514740

Información del Paciente

Nombre MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Número Documento 1057332604
Fecha de Nacimiento 19/10/2022
Dirección CALLE 12 NO 1 - 12 **Teléfono** 9
Departamento CALDAS **Municipio** NEIRA

Servicio(s) Autorizado(s)

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización URGENCIAS
Fecha de Ingreso 2026/03/22 00:42:00
Diagnóstico J050 - LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA [CRUP]
Observaciones

SE VERIFICAN DERECHOS Y SE GENERA CÓDIGO DE URGENCIAS. EN CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL, SE REQUIERE LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL CORREO ELECTRÓNICO DISAN.GRISS-AUT@POLICIA.GOV.CO Y DISAN.REFER-NAL@POLICIA.GOV.CO (PARA AUTORIZACIONES DE URGENCIAS) Y DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO (PARA SERVICIOS POSTERIORES A LA URGENCIA) DE LOS REPORTES DE CONCEPTOS MÉDICOS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE RELEVANCIA CLÍNICA QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN PRIORITARIA. ENTES PATOLÓGICOS REFERIDOS, ANTECEDENTE ALÉRGICO A LA AMOXICILINA, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS PERRUNA, DISFONÍA Y APARICIÓN DE ESTRIDOR INSPIRATORIO, QUE PREDOMINA CON LA ACTIVIDAD; PREVIAMENTE REFIERE PRÓDROMO VIRAL DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, CONGESTIÓN NASAL Y SENSACIÓN FEBRIL NO CUANTIFICADA, REFIEREN MEDICACIÓN CON ACETAMINOFÉN, CON MEJORÍA PARCIAL DE

Código(s) CUPS	Descripción
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre MARTHA PATRICIA DOZA CHICUAZUQUE
Cargo FUNCIONARIO CENTRAL DE AUTORIZACIONES
Teléfono 3505546128

CENTRAL DE AUTORIZACIONES - BOGOTÁ CALLE 44 No. 50-51 - Teléfono : 350 5546128

IMPORTANTE : Atención Inicial de Urgencias válida por 06 horas. Toda radicación de cuentas para la Atención Inicial de Urgencia estará sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas de la DISAN.

MARTHPDC

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 62348146

NUIP	1057332604

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	X	Número	0 1	Consulado		Corregimiento		Inspección de Policía		Código	E 9 Z

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

COLOMBIA - CALDAS - NEIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
USUGA	RAMIREZ

Nombre(s)

MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	2	2	Mes	O	C	T	Día	1 9	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	2210661015030 4

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

RAMIREZ CEBALLOS NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.058.821.582 DE NEIRA	COLOMBIANA

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

USUGA OLIVEROS JHON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.046.954.372 DE URAMITA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

USUGA OLIVEROS JHON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C 1.046.954.372 DE URAMITA	

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 2 0 2 2 Mes O C T Día 2 1

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARIO RESTREPO HOYOS

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Decadactilia

Página 1 de 1	AFILIACIÓN, VALIDACIÓN Y EXCLUSIÓN DE DERECHOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DH-FR-0169		
Fecha: 08/09/2025	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PARA BENEFICIARIOS	
Versión: 3		

412464

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE AFILIACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) JHON ALEXANDER USUGA OLIVEROS, identificado (a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1046954372, se encuentra afiliado (a) en calidad de **Titular Cotizante** en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado SUBINTENDENTE con estado laboral LABORANDO y tiene como beneficiarios a:

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	ESTADO DE AFILIACIÓN
HIJO(A)	MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ	1057332604	ACTIVO

Por no contemplar las normas que regulan el Subsistema de Salud e la Policía Nacional (Decreto 1795 de 2000 o normas que lo modifiquen o adicionen), la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen; **no afiliará al cónyuge, compañero(a) permanente, padres e hijos de los cotizantes contemplados**, que tengan una **relación laboral, pensión o ingresos adicionales** sobre los cuales estén obligados a cotizar en el Sistema General de Seguridad Social.

Él cónyuge, compañero(a) permanente, padres o hijos de los afiliados que sean trabajadores, que generen ingresos como independientes **DEBERAN PERMANECER OBLIGATORIAMENTE** en el Régimen Contributivo y en consecuencia no procede la afiliación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional. **(Aplicación Decreto 780 de 6 de mayo de 2016 (artículo 2.1.1.2 APLICABILIDAD) o normas vigentes que lo modifiquen o adicionen), no procede traslado de aportes a la Administratdora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud** o quien haga sus veces**.**

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, a los 22 días de mes de marzo del año 2026, para ser presentada a HOSPITAL SAN JOSÉ DE AGUADAS E.S.E.

Atentamente,

Subintendente Yenny Alexandra Quiroga Rodríguez
Responsable Afiliación en Salud

ESTA CONSTANCIA NO ES VÁLIDA PARA TRÁMITE LABORAL, PENSIONAL Y PRACTICAS ACADÉMICAS REMUNERADAS. NO PROCEDE TRASLADO DE APORTES A ADRES PARA BENEFICIARIOS DE SALUD PONAL.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



CC 1046954372
Documento de Identificación

USUGA OLIVEROS
Apellidos

JHON ALEXANDER
Nombres

24-MAY-2029
Fecha de Vencimiento

PATRULLERO
Grado del Titular

Powered by CamScanner



24-MAY-1994
Fecha de nacimiento

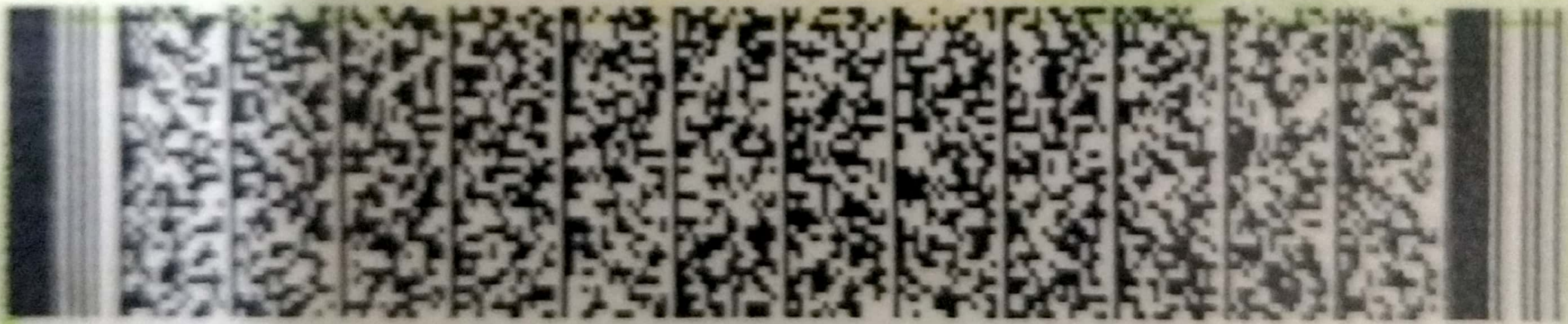
048043693
Numero de carné

AB+
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1046954372



NOMBRE

JHON ALEXANDER USUGA OLIVEROS

FECHA DE NACIMIENTO

24-05-1994

SANGRE-RH

AB+

FECHA DE EXPEDICION

16-11-2017

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

STRIA TTEyTTO COPACABANA

Powered by CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	16-11-2027	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	16-11-2027	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	16-11-2020	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02003740664

ROGIER GARTNER 170393/0617

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

INFORME DE LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION ____ **Fecha:** 2026-03-22 Hora 12-4

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre		NIT X / CC	
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS			Número 8908010355 - DV
Código	170130008791	**Dirección prestador:**	
Teléfono:	096 (indicativo) 8514740	CRA 3 SALIDA A PACORA	
		Departamento: CALDAS 17	**Municipio:** AGUADAS 013
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)	REGIONAL ASEGURAMIENTO SALUD NUMERO 3		**CODIGO:**

USUGA	RAMIREZ	MIGUEL	ANGEL
1° Er apellido	2do. Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificacion

- [X] Registro Civil Tarjeta de identidad
- [ ] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

1057332604

Fecha de Nacimiento 2022-10-19

Dirección de Residencia Habitual: AGUADAS **T** E L

Departamento: CALDAS **CIUDAD** AGUADAS

- [X] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la atención

- [X] Enfermedad General Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- Y Evento Catastrófico

Clasificación Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [ ] 3. Verde
- [X]

Ingreso a Urgencias

Fecha: 2026-03-22 12:42 **Paciente Viene Remitido** [ ] Si [X] No

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

Departamento: CALDAS **Municipio:** AGUADAS

ENTES PATOLÓGICOS REFERIDOS, ANTECEDENTE ALÉRGICO A LA AMOXICILINA, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS PERRUNA, DISFONÍA Y APARICIÓN DE ESTRIDOR INSPIRATORIO, QUE PREDOMINA CON LA ACTIVIDAD; PREVIAMENTE REFIERE PRÓDROMO VIRAL DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, CONGESTIÓN NASAL Y SENSACIÓN FEBRIL NO CUANTIFICADA, REFIEREN MEDICACIÓN CON ACETAMINOFÉN, CON MEJORÍA PARCIAL DEL MALESTAR. SIN EMBARGO, PERSISTENCIA DE TOS, Y APARICIÓN DE EPISODIO EMÉTICO ÚNICO DE

	Codigo CIE10	
Diagnóstico principal	J050	LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP
Diagnóstico relacionado 1	JX00	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

Destino del Paciente

Domicilio — Internación — Contrarremisión

Observación — Remision — OTRO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa	**Teléfono** 096 (indicativo) 8514340 (número) 10 (extensión)
laura leon	
Cargo o actividad: FACTURACIÓN URGENCIAS	**Teléfono celular:** # 3116176111

HISTORIA CLINICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE AGUADAS CALDAS
Nit. 890801035
Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:UR-P-01
Fecha Historia:22/03/2026 06:22
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 22/03/2026 06:22
Documento y Nombre del Paciente: RC 1057332604 MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1057332604 Cons. Historia: 2218286
Atención: Urgencias

UR-P-01
HISTORIA CLINICA URGENCIAS:

UR-P-01
Datos Generales
Fecha: 22/03/2026
Historia: 1057332604
Edad: 3 Años
Natural de: CALDAS
Telefono: 00

Hora: 06:18
Nombre: MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Sexo: Masculino
Estado Civil: Soltero
Direccion: CENTRO

Notificación al Servicio de Salud
Datos de la Consulta
Es Victima del Conflicto o desplazado ?: NO

Motivo de Consulta: NOTA DE INGRESO/EGRESOMC: TIENE MUCHA TOS

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS REFERIDOS, ANTECEDENTE ALÉRGICO A LA AMOXICILINA, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS PERRUNA, DISFONÍA Y APARICIÓN DE ESTRIDOR INSPIRATORIO, QUE PREDOMINA CON LA ACTIVIDAD; PREVIAMENTE REFIERE PRÓDROMO VIRAL DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, CONGESTIÓN NASAL Y SENSACIÓN FEBRIL NO CUANTIFICADA, REFIEREN MEDICACIÓN CON ACETAMINOFÉN, CON MEJORÍA PARCIAL DEL MALESTAR, SIN EMBARGO, PERSISTENCIA DE TOS, Y APARICIÓN DE EPISODIO EMÉTICO ÚNICO DE CONTENIDO GÁSTRICO. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA.

Antecedentes
Antecedentes Personales
Patológicos: Negativos
Toxicos: Negativos
Farmacologicos: -

Quirúrgicos: Negativos
Alergicos: ALERGIA A LA AMOXICILINA

Otros Antecedentes: MADRE HIPOTIOIDISMO GESTACIONAL, BISABUELA MATERNA: FALLECIDA POR DIABETES MELLITUS
Antecedentes Familiares
Antecedentes Familiares: -
GINECO-OBSTÉTRICOS
Menarca: -

Revision por Sistemas
Cabeza
Cabeza: Normal
Cuello
Cuello: Normal
Torax
Torax: Normal
Abdomen
Abdomen: Normal
Genitourinario
Genitourinario: Normal
Extremidades
Extremidades: Normal
Neurologico
Neurologico: Normal
Examen Fisico
Observaciones: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA Y ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. SIGNOS VITALES DENTRO DE METAS. PIEL NORMOCLORADA, NORMOTÉRMICA, SIN LESIONES APARENTES.CABEZA: NORMOCÉFALA, SIN LESIONES NI DOLOR A LA PALPACIÓNOJOS: PUPILAS ISOCÓRICAS Y REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS.OÍDOS: CONDUCTOS AUDITIVOS SIN ALTERACIONES, MEMBRANAS TIMPÁNICAS ÍNTEGRAS.NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES, SIN SECRECIONES.BOCA Y FARINGE: MUCOSA HÚMEDA, SIN LESIONES, FARINGE CON LEVE ERITEMA.CUELLO: MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOPATÍAS, SIN MASAS

PALPABLES.TÓRAX: SIMÉTRICO, BUENA EXPANSIBILIDAD.APARATO RESPIRATORIO: RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, PRESENCIA DE ESTRIDOR INSPIRATORIO EN REPOSO, SIN EVIDENCIA DE TIRAJES INTERCOSTALES NI RUIDOS SOBREAGREGADOS. APARATO CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS.ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES.EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES.NEUROLÓGICO: PACIENTE ALERTA, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO EVIDENTE.

Estado General
Estado General: Bueno
Estado de Conciencia
Estado de Conciencia: CONSCIENTE
Escala de Glasgow
Ocular: 4
Verbal: 5
Motriz: 6
Total Glasgow: 15
Signos Vitales y Datos Corporales
FC: 100.00
FR: 18
Temperatura: 36.60
Sat O2: 95
Peso (Kg).: 14.80
Cabeza y O.R.L
Cabeza y O.R.L: Normal
Cardio Pulmonar
Cardio Pulmonar: Normal
Abdomen.
Abdomen.: Normal
Genitourinario.
Genitourinario.: Normal
Extremidades.
Extremidades.: Normal
Neurologico.
Neurologico.: Normal
Impresión Diagnóstica
Dx. Principal: J050-LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP] (RESFRIADO COMUN)
Dx. Relacionado 1: J00X-RINOFARINGITIS AGUDA
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Causa Externa: Enfermedad general
Finalidad de la Consulta: Otra
Causa que motiva la atención: Enfermedad general
Modalidad de la tecnologia en salud: Intramural
Conducta
Conducta: PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS REFERIDOS, ANTECEDENTE ALÉRGICO A LA AMOXICILINA, QUE INGRESA EN COMPAÑÍA DE MADRE POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 4 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR TOS PERRUNA, DISFONÍA Y APARICIÓN DE ESTRIDOR INSPIRATORIO, QUE PREDOMINA CON LA ACTIVIDAD; PREVIAMENTE REFIERE PRÓDROMO VIRAL DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, CONGESTIÓN NASAL Y SENSACIÓN FEBRIL NO CUANTIFICADA, REFIEREN MEDICACIÓN CON ACETAMINOFÉN, CON MEJORÍA PARCIAL DEL MALESTAR, SIN EMBARGO, PERSISTENCIA DE TOS, Y APARICIÓN DE EPISODIO EMÉTICO ÚNICO DE CONTENIDO GÁSTRICO. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA RELACIONADA. A LA VALORACIÓN PACIENTE ALERTA, CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SATURANDO ADECUADAMENTE A OXÍGENO AMBIENTE, CON EVIDENCIA DE ESTRIDOR INSPIRATORIO AL REPOSO, SIN EVIDENCIA DE TIRAJES, CON ACCESOS DE TOS METÁLICA (DE ASPECTO PERRUNO), POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CURSANDO CON CUADRO DE CRUP, TENIENDO EN CUENTA CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REINTERROGANDO MADRE REFIERE EPISODIO PREVIO CON MISMA SINTOMATOLOGÍA. POR LO ANTERIOR SE INDICAN NEBULIZACIONES CON SOLUCIÓN SALINA, Y DOSIS DE CORTICOIDE INTRAMUSCULAR, POSTERIORMENTE SE REVALORA CON PERSISTENCIA DE TOS PERRUNA, POR LO QUE SE INDICAN NEBULIZACIONES CON ADRENALINA, CON MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA, YA SIN ESTRIDOR, POR LO CUAL SE DECIDE DAR EGRESO MÉDICO CON MANEJO ANTIPIRÉTICO ORAL, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR NUEVAMENTE A URGENCIAS. SE EXPLICA CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR A MADRE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. OBSERVACIÓN NEBULIZACIONES CON SSN: 2 CC DE NATROL + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)DEXAMETASONA AMP 4MG, APLICAR 2 MG IM AHORA (DOSIS: 0.15 MG/KG)NEBULIZACIONES CON ADRENALINA: 1 CC DE ADRENALINA + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)EGRESO MÉDICOACETAMINOFÉN JARABE 150 MG/5ML, DAR 7.5 CC VÍA ORAL CADA 6 HORAS EN CASO DE FIEBRERECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS: VIGILAR SIGNOS DE ALARMA COMO PRESENCIA DE PITIDO EN LA GARGANTA EN REPOSO, DIFICULTAD RESPIRATORIA MARCADA (LAS COSTILLAS SE LE MARCAN, ALETEO NASAL),LA BOCA SE LE PONE MORADA O SE PONE TODA MORADA, SOMNOLENCIA, IRRITABILIDAD EXTREMA, DISMINUCIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA, INCAPACIDAD PARA TOLERAR LA VÍA ORAL (NO RECIBE NADA DE COMIDA) O FIEBRE PERSISTENTE; EN CUYO CASO DEBEN CONSULTAR DE INMEDIATO. SE RECOMIENDA MANTENER AL NIÑO EN AMBIENTE TRANQUILO, EVITAR EL LLANTO, POSICIÓN SEMISENTADO, ADECUADA HIDRATACIÓN ORAL Y EVITAR EXPOSICIÓN A HUMO O IRRITANTES.
Ayudas Diagnosricas
Interpretación imagenes Diagnósticas: -
Eventos Adversos
Observaciones: -

Katherin Vásquez

DR. KATHERIN PAOLA VASQUEZ CASTELLAR
CC 1052632087
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1052632087

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:22/03/2026 06:22
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 22/03/2026 06:22
Documento y Nombre del Paciente: RC 1057332604 MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA
No Historia: 1057332604 Órden Nº: 2020646

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Atención: Urgencias

R/.
Codigo: H02AD006701 **Medicamento:** Dexametasona fosfato Amp4 mg
Código CUM: Invima: 2020M-0007728-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 4 mg **Via de Administración:** Intramuscular
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: DEXAMETASONA AMP 4MG, APLICAR 2 MG IM AHORA (DOSIS: 0.15 MG/KG)
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

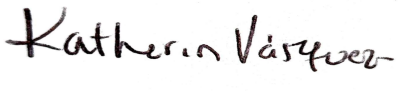
Codigo: C01CE004701 **Medicamento:** Epinefrina tartrato clorhidrato Amp 1 mg 1 mL
Código CUM: Invima: 2018M-0012719-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 1mg / 1mL **Via de Administración:** inhalatoria
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: NEBULIZACIONES CON ADRENALINA: 1 CC DE ADRENALINA + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Codigo: B05XS004702 **Medicamento:** Sodio cloruro Amp 20 mEq 10 mL
Código CUM: Invima: 2020M-0009117-R1
Medida: AMPOLLAS **Concentración:** 20 mEq / 10 mL **Via de Administración:** inhalatoria
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLAS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: NEBULIZACIONES CON SSN: 2 CC DE NATROL + 3 CC DE SSN (YA ADMINISTRADA INSTITUCIONALMENTE)
Periodo de Duración del Tratamiento: 1 **Dias**

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: J050 LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP]
DX Relacionado 1: J00X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Vigencia de la Orden: Vigencia de72 Horas (VALIDO SO



DR. KATHERIN PAOLA VASQUEZ CASTELLAR
CC 1052632087
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1052632087

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS

Registro de Calidad:
Fecha Historia:22/03/2026 06:22
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 22/03/2026 06:22
Documento y Nombre del Paciente: RC 1057332604 MIGUEL ANGEL USUGA RAMIREZ
Administradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NUMERO 3 Convenio: 01SERVICIOS Tipo de Usuario: POLICIA

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

No Historia: 1057332604 Órden Nº: 2020650

Atención: Urgencias

- Procedimiento: S27111 - Nebulizaciones c/u
Cantidad: 2.00 **Indicaciones:**

DX Principal: J050 LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP]
DX Relacionado 1: J00X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Katherin Vásquez

DR. KATHERIN PAOLA VASQUEZ CASTELLAR
CC 1052632087
Especialidad. MEDICINA DE URGENCIAS
Registro. 1052632087

HOSPITAL "SAN JOSE DE AGUADAS" EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
AGUADAS - CALDAS
NIT: 830.601.035-4

FORMATO	Área: GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOJA DE TRATAMIENTO	Código: GC-15010
	Versión: 2
	Fecha: 10/02/2023
	Página: 1 de 1

NOMBRE: Miguel Angel Ospina EDAD: 3 DOCUMENTO: 1053332604 EPS: Pwal

SERVICIO: Urgencias SALA DE OBSERVACIÓN NÚMERO: FECHA DE INGRESO: 22.03 DIETA: PESO:

RIESGO: ALERGIA: Amoxicilina. DIAGNOSTICO: Congestion.

FECHA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	FECHA 22-03-26 M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
22-03	MNB Pediatrico	1				0312									
22-03	Jeringa 10cc	1+1				0312									
22-03	Cloruro Sodio	1 amp				0312									
22-03	Dexametasona	1/2 alw 1 amp				0315									
22-03	Adrenalina amp	1				Ultimo									
	RESPONSABLE					Diana									

FECHA	OBSERVACIONES	PENDIENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA
	Nebulizaciones 2		
			2792362