

CONTESTACIÓN DEMANDA RADICADO 1101-40-03-007-2021-00819-00

Felipe Osma <osmacorporacionlegal@gmail.com>

Miércoles 20/04/2022 3:52 PM

Para: Juzgado 07 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.

<cmpl07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;guerreroduran1973@gmail.com

<guerreroduran1973@gmail.com>;tufigura.bogota@gmail.com <tufigura.bogota@gmail.com>

20 de abril del año 2022

SEÑORES

Juzgado séptimo civil municipal de oralidad de Bogotá

E.S.H.D

Cordial saludo

Adjunto a este correo la contestación a la demanda con el radicado N° 11001-40-03-007-2021-00819-00, proceso que se lleva en contra de mis poderdantes, ANA MARIA LOZANO SÁNCHEZ Y DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ

Con el respeto de siempre

Andrés Felipe Osma Caro

OSMA CORPORACIÓN LEGAL.

ABOGADOS.

DIR, CALLE 24 N° 75-05

TEL. 3234974081- (601)7367032

BOGOTÁ

SEÑOR

JUEZ 7° CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE BOGOTÁ

E . S . H . D

REFERENCIA: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

DEMANDANTE: MPN TRIPLE IMPACTO SAS

DEMANDADAS: ANA MARÍA LOZANO SÁNCHEZ Y DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ

RADICADO: 11001-40-03-007-2021-00819-00

ANDRÉS FELIPE OSMA CARO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C, identificado con la cedula de ciudadanía N° 1.016.024.219 y portador de la tarjeta profesional N° 364.962 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de la señoras **ANA MARÍA LOZANO SÁNCHEZ**, persona mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.016.092.842, y **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ** persona mayor de edad, con domicilio en Bogotá D.C, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.016.092.843, me permito formular ante su despacho la presente **CONTESTACIÓN DE DEMANDA**.

PRETENSIONES

En cuanto a las pretensiones contenidas en el escrito de demanda, manifiesto:

PRIMERA: Me opongo a esta pretensión

SEGUNDA: Me opongo a esta pretensión

TERCERA: Me opongo a esta pretensión

CUARTA: Me opongo a esta pretensión

QUINTA: Me opongo a esta pretensión

Me opongo a las cinco pretensiones solicitadas, ya que, están fundadas en hecho inciertos, acomodados por la parte demandante, con la única intención de evitar o minimizar su responsabilidad frente al hecho real en que una de mis poderdantes sufrió la amputación de

una parte considerable de uno sus dedos, además que la parte demandante esta vulnerando directamente el derecho a la libertad de expresión de las mismas, derecho consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política y de igual manera por la Convención Interamericana de Derechos Humanos en su artículo 13.

Razón suficiente para entender que, quien se encuentra afectada actualmente y a futuro, no solo física sino psicológicamente por los hechos sucedidos el 10 de marzo del año 2021, es la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ**, debido a la omisión y negligencia del establecimiento de comercio perteneciente a la parte demandante que, por ser un centro de acondicionamiento o preparación física (gimnasio) debía contar al momento de los hechos con personal altamente calificado y certificado para la instrucción y la atención de sus afiliados y las situaciones que se presenten derivadas del servicio, brindando tranquilidad y confianza, pudiendo evitar el daño irreversible e irremediable ocasionado a la señora **LOZANO SANCHEZ**, tal como lo consagra el artículo 4 de la ley 729 de 2001.

***ARTÍCULO 4.** “Los Centros de Acondicionamiento y Preparación Físico, CAPF, deberán contar con las instalaciones adecuadas para la realización de los diferentes programas. Cada una de sus áreas poseerán la implementación necesaria para el desarrollo de los mismos, previstos de servicio médico, fisioterapéutica, nutricional y demás servicios que las autoridades soliciten para su funcionamiento”*

HECHOS

- 1. AL HECHO PRIMERO:** No es cierto que el incidente sucedió debido a la impericia de la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ**, ya que mi poderdante hacia uso constante de la máquina denominada “*Máquina de levantamiento de glúteo*”, dado que se encontraba afiliada desde el año 2015 hasta la fecha del accidente en el establecimiento “BHB 2”, razón por la cual, es irrazonable asegurar falta de conocimiento en el manejo de la misma.
- 2. AL HECHO SEGUNDO:** No es cierto, ya que como se mencionó en el primer hecho, la señora **LOZANO SANCHEZ**, tenía conocimiento en el uso de la máquina, además durante la época en que fue contratada por el establecimiento de comercio “BHB 2”, contrato verbal con duración de 11 meses, para cumplir las funciones de ASESORA COMERCIAL, en repetidas ocasiones el administrador de turno, quien para la época era el señor DANIEL AVENDAÑO, le solicitaba brindar apoyo en acondicionamiento físico a algunos afiliados, especialmente los fines de semana , cuando los entrenadores no asistían. Y el uso de colchonetas en este tipo de máquinas era algo que nunca se prohibió por parte de los funcionarios de este gimnasio.
- 3. AL HECHO TERCERO:** No es cierto, por las mismas razones expuestas en la contestación de los hechos primero y segundo, adicionalmente frente a la *SUPUESTA*

errónea posición de las manos y utilización incorrecta de la colchoneta, por parte de la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ** al hacer uso de máquina, se asume que de ser ciertas estas acusaciones, el entrenador que se encontraba al momento de los hechos tenía por obligación manifestar a mi poderdante sobre la prohibición de la colchoneta y de igual manera la posición correcta de las manos en el uso de máquina, esto por ser el funcionario encargado de un establecimiento de comercio que está en posición de garante frente a todos los que allí entrenan en el acondicionamiento de su cuerpo.

4. **AL HECHO CUARTO:** Si es cierto que se realizó una publicación, la cual iba dirigida a él gimnasio, ya que después del grave accidente de mi poderdante **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ**, mi segunda poderdante, **ANA MARIA LOZANO SÁNCHEZ**, decidió compartir su molestia y preocupación por la salud de su hermana, dado el grado de consanguinidad y cercanía entre estas dos gemelas que conviven diariamente al residir en la misma vivienda, aunque no estuvo presente durante los hechos fue quien la acompañó a recibir asistencia médica; tomo la decisión de narrar los hechos debido al dolor emocional que sentía, y que creció al saber que su hermana tendría que sufrir una amputación parcial del dedo afectado debido a la falta de un botiquín obligatorio, desconsuelo que aumento al conocer que la única llamada por parte del personal del establecimiento de comercio se realizó para ejercer presión sobre las acciones de su hermana con dinero, sin importar el estado de la salud de la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ**, no es cierto que la publicación tiene una versión tergiversada ya que es posible comprobar que debido al accidente se ocasiono una deformidad física permanente, no se allegan pruebas para comprobar el mantenimiento de las máquinas AL MOMENTO del lamentable suceso.
5. **AL HECHO QUINTO:** No es cierto, dado que la intención de mis poderdantes, era informar un hecho cierto, acerca de una situación en la cual, **DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ**, se encontraba directamente implicada y por la cual sufrió una amputación parcial y perdida funcional del cuarto dedo de la mano derecha, es por esto que **ANA MARIA LOZANO SÁNCHEZ** narra en la red social FACEBOOK la experiencia de su hermana, así mismo cabe recalcar que en la publicación no se incita a que las personas a las cuales llegase la misma, dejaran de asistir o no se afiliaran al establecimiento, además de ser cierta la acusación , la sociedad MPN TRIPLE IMPACTO SAS deberá probar con su debida contabilidad la baja económica, que aduce en el mencionado hecho.
6. **AL HECHO SEXTO:** Si es cierto
7. **AL HECHO SEPTIMO:** Si es cierto que se solicita que se comparta la publicación, pero no es cierto que se hace con la finalidad de perjudicar a la empresa, puesto que la misma se realizó con fines de narración y prevención, sobre los hechos mas no sobre el establecimiento de comercio, para quienes pudiesen llegar a pasar por una

situación igual o similar, en ese o en cualquier otro centro de acondicionamiento o preparación física.

8. **AL HECHO OCTAVO:** Si es cierto que mi poderdante decidió contestar a un comentario que la intenta culpar por tener que ser intervenida quirúrgicamente, pero no es cierto que actuaron ilegítimamente, ya que la publicación la compartieron en su perfil privado, y no hay ley alguna que tenga tacita o expresamente prohibido, publicar en el perfil de Facebook personal una situación propia, además no es desproporcionada, al contrario, toda vez que es real y existió una amputación de una parte de su cuerpo.
9. **AL HECHO NOVENO:** No es cierto que las señoras **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ** y **ANA MARIA LOZANO SÁNCHEZ** hayan empleado un lenguaje vulgar en sus publicaciones, además controlar el lenguaje que utilizan terceras personas en publicaciones de redes sociales, es imposible, y sería pretender vulnerar el derecho a la libre expresión consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política.

***ARTICULO 20.** “Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación. Estos son libres y tienen responsabilidad social. Se garantiza el derecho a la rectificación en condiciones de equidad. No habrá censura.”*

10. **AL HECHO DECIMO:** Es cierto que la red social Facebook no es la autoridad competente para dirimir conflictos judiciales, lo que si es cierto es que, es una red social donde las personas publican situaciones personales o sociales a través de fotografías videos o escritos, cuyo objetivo tiene que las demás personas conozcan lo que pasa en la vida de quienes cuentan con estas plataformas. De igual manera queda claro, en la misma fotografía que adjunto como prueba la parte demandante, que la publicación no iba dirigida a ningún tercero, sino directamente al establecimiento de comercio.
11. **AL HECHO UNDECIMO:** Es cierto que nuestro ordenamiento juridico estable mecanismo judiciales para dirimir conflictos lo que o es cierto, es que mis poderdantes hayan tomado justicia por sus propias manos, se realizó una publicación narrando hechos ciertos y personales, que dejo secuelas a una de las demandadas, ejerciendo su derecho a la libre expresión.
12. **AL HECHO DUODECIMO:** Si es cierto
13. **AL HECHO DECIMOTERCERO:** No es cierto, ya que, a la fecha, la publicación fue eliminada, no se presentan pruebas para demostrar que la acción de mis poderdantes, en una cuenta personal y quienes no tienen un reconocimiento público, fue la ÚNICA Y EXCLUSIVA causa del detrimento, de un gimnasio que cuenta con cinco sedes en la ciudad de Bogotá.

- 14. AL HECHO DECIMOCUARTO:** Si es cierto que al momento del incidente el establecimiento se podía encontrar en redes sociales bajo el nombre de “Gym bhb Fontibón”
- 15. AL HECHO DECIMOQUINTO:** Si es cierto que se solicitó retirar la publicación del perfil, acción que se realizó por mis poderdantes, cumpliendo la solicitud que realizó la sociedad MPN TRIPLE IMPACTO SAS, sin embargo, es necesario tener en cuenta que las respuestas de una persona que sufrió la pérdida de una parte de su cuerpo especialmente de una mujer, cuya actividad comercial depende del correcto funcionamiento de sus manos no puede ser totalmente empática con quienes han evadido su responsabilidad humana y legal.
- 16. AL HECHO DECIMO SEXTO:** Si es cierto, que la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ** al momento no ha ejercido ninguna acción legal contra la sociedad comercial MPN TRIPLE IMPACTO SAS ya que no contaba con la capacidad económica para hacerlo, sin embargo teniendo en cuenta que el establecimiento de comercio inició una acción legal en contra de ella totalmente, acción ilógica y desproporcional, la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ** dará inicio a las acciones legales correspondientes en búsqueda de la reparación por los perjuicios causados.

EXCEPCIÓN DE FONDO

Propongo como excepción de fondo la inexistencia de responsabilidad civil por parte de las demandas.

El demandante solicita se declare civilmente responsables a las señoras **ANA MARÍA LOZANO SÁNCHEZ** y **DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ**, por daños causados debido a una “publicación injuriosa”, dañando el buen nombre del establecimiento comercial “BHB 2” siendo esto falso puesto que la finalidad de la publicación era informar una situación PERSONAL Y CIERTA, ya que la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ**, fue intervenida quirúrgicamente donde sufrió una amputación parcial del cuarto dedo de la mano derecha, y en ningún momento recibió socorro del personal, que debe estar capacitado para estas situaciones, pero si obteniendo como respuesta a su grito de ayuda la negativa acerca de implementos necesarios para realizar una atención básica primaria, además de esto durante su proceso, el personal administrativo de dicho establecimiento no tomó en cuenta el daño físico y psicológico que sufrió la afectada directa al igual que su núcleo familiar, acercándose solo buscando su interés personal.

Por lo anterior si pareciera lógico solicitar pretensiones económicas, da lugar a una reparación, a favor de la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ**, ya que fue la incorrecta asistencia del personal encargado, que se encontraba en las instalaciones del gimnasio al momento del lamentable accidente, al no tener los implementos necesarios

(botiquín) ni la capacitación de primeros auxilios lo que contribuyo a que el daño ocasionado a mi poderdante fuera aún más grave y permanente, como lo fue la pérdida de una parte de su cuerpo, la cual es imposible recuperar, y además de esta afectación podemos agregar la violencia psicológica de la que se ha sentido víctima, al igual que su familia, dado que a escasas horas del accidente recibieron llamadas para evitar que tomara acciones, al negarse y luego de transcurrida una semana de la emergencia reciben cartas por parte del demandante no con interés por la situación si no como se mencionó anteriormente, buscando su interés personal , logrando así el temor para poder iniciar ella un proceso judicial contra el establecimiento que la causo daños psicológicos, económicos y físicos que la afectan en su vida cotidiana y laboral.

PRUEBAS

Solicito señor juez, se tengan como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

1. Historia clínica de la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ**.
2. Informe pericial del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses.
3. Fotografías del dedo de la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ**, al momento de sufrir la amputación y fotos actuales.

TESTIMONIALES

Solicito se citen a declarar acerca de la relación laboral que existió entre el demandante y la señora **DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ**, y acerca de todo lo que les conste sobre los hechos ocurridos el día del accidente, a las siguientes personas, quienes son todas mayores de edad y residentes en esta ciudad.

1. KORIS NOVALIS EMMANUEL MARTINEZ TANGARIFE, quién puede ser citado en la Calle 22h N° 111^a-13 de Bogotá D.C, con correo electrónico korisguitar585@gmail.com y número celular 3142702242 (*con el fin de probar el primer y el segundo hecho*).

2. MARIA NEISY ORTIZ PRECIADO, quien puede ser citada en la Carrera 129 N° 18ª-34 de Bogotá D.C, con correo electrónico ortizneisy409@gmail.com y número celular 3042180802 (*con el fin de probar el primer y el segundo hecho*).
3. ANGELICA LÓPEZ BELTRÁN, quién puede ser citada en Calle 17 b BIS N° 127ª 15 de Bogotá D.C, con correo electrónico angelicalopez9408@hotmail.com y número celular 3057878406. (*con el fin de probar el primer y el segundo hecho*).

INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito fijar fecha y hora para la realización de la solicitada diligencia, en la cual interrogaré personalmente o mediante sobre cerrado al señor **CARLOS ERNESTO GUERRERO CAPIERA**, con dirección de notificación en la calle 18 N° 110-04, con correo electrónico guerrerocarlos41@yahoo.es, sobre los hechos que le interesen al proceso

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Me fundamento en el artículo 4° de la ley 729 de 2001, artículo 20° de la Constitución Política. Artículo 96 y demás disposiciones concordantes del Código General del Proceso

ANEXOS

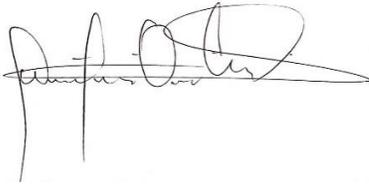
1. Poder a mi favor para actuar en el proceso.
2. Los documentos vinculados en el acápite de pruebas

NOTIFICACIONES

- El suscrito recibirá notificaciones en mi oficina ubicada en la Avenida Calle 24 N° 75-05 oficina 306 en esta ciudad, correo electrónico osmacorporaciónlegal@gmail.com y número celular 3234974081

- Mis representadas y el demandante en las direcciones indicadas en la demanda
- Apoderado de la parte demandante en la dirección indicada en la demanda

Con el respeto de siempre



ANDRÉS FELIPE OSMA CARO
Abogado titulado
Cédula de Ciudadanía N° 1.016.024.219.
Tarjeta Profesional 364.962.

Señores.

JUZGADO SEPTIMO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

E.S.H.D

REF: PROCESO NÚMERO 1101-40-03-007-2021-00819-00

Asunto. **PODER ESPECIAL.**



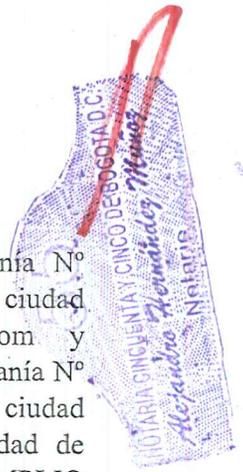
ANA MARÍA LOZANO SÁNCHEZ, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.016.092.842, con dirección para notificaciones en la carrera 112 N° 22K-46, en la ciudad de Bogotá, y dirección de correo electrónico; anamarialozanosanchez@gmail.com y DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.016.092.843, con dirección para notificaciones en la carrera 112 N° 22K-46, en la ciudad de Bogotá, y dirección de correo electrónico; dia-0519@hotmail.com; en calidad de poderdantes y por medio del presente escrito, conferimos el PODER ESPECIAL AMPLIO y SUFICIENTE al Señor **ANDRÉS FELIPE OSMA CARO**, abogado titulado en ejercicio, con Cédula de Ciudadanía 1.016.024.219, portador de la Tarjeta Profesional 364.962, expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, con dirección para notificaciones en la avenida calle 24 N° 75-05 OF 306, Bogotá, correo electrónico osmacorporacion@gmail.com, para que en nuestro nombre, adelante los trámites necesarios para nuestra representación en el proceso de la referencia, el cual se adelanta ante este juzgado.

Nuestro apoderado queda ampliamente facultado para presentar toda clase de escritos como demandas, denuncias, memoriales, recursos, derechos de petición, acciones de tutela, además de conciliar, aportar y solicitar pruebas, recibir toda la documentación necesaria, desistir, transigir, sustituir este poder y revocar las respectivas sustituciones, y en general, para llevar a cabo todas las diligencias necesarias para el cabal ejercicio de este poder.

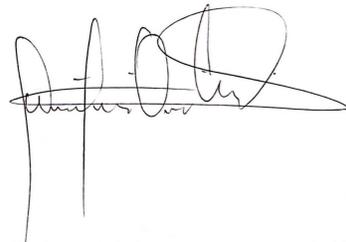
Por lo tanto, solicitamos reconocerle personería en los términos de ley y para los fines del mandato.

Respetuosamente,

ANA MARÍA LOZANO SÁNCHEZ.
Cedula de ciudadanía N° 1.016.092.842
PODERDANTE.




DIANA CAROLINA LOZANO SÁNCHEZ.
Cedula de ciudadanía N° 1.016.092.843
PODERDANTE.

ACEPTO, 

ANDRÉS FELIPE OSMA CARO
Abogada titulada.
Cédula de Ciudadanía N° 1.016.024.219.
Tarjeta Profesional 364.962.

5163-fd181ae3

NOTARIA CINCUENTA Y CINCO DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

PRESENTACIÓN PERSONAL
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

El anterior escrito dirigido a:

Juzgado
Fue presentado personalmente por su signatario Sr.(a)
LOZANO SANCHEZ DIANA CAROLINA
C.C. 1016092843 **Cod.: c26h3**

Quien reconoce su contenido como cierto y que la firma y huella fue por el(ella) impuesta. Así mismo, de manera expresa solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales para que sea verificada su identidad, mediante el cotejo de sus huellas digitales y datos biográficos con la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. Cod.: c26h3

X 
Firma

Fecha: 2022-04-18 14:34:55
ALEJANDRO HERNÁNDEZ MUÑOZ
NOTARIO
03951



5163-8d197f2b

NOTARIA CINCUENTA Y CINCO DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

PRESENTACIÓN PERSONAL
Autenticación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

El anterior escrito dirigido a:

Juzgado
Fue presentado personalmente por su signatario Sr.(a)
LOZANO SANCHEZ ANA MARIA
C.C. 1016092842 **Cod.: c26hm**

Quien reconoce su contenido como cierto y que la firma y huella fue por el(ella) impuesta. Así mismo, de manera expresa solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales para que sea verificada su identidad, mediante el cotejo de sus huellas digitales y datos biográficos con la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. Cod.: c26hm

X 
Firma

Fecha: 2022-04-18 14:35:20
ALEJANDRO HERNÁNDEZ MUÑOZ
NOTARIO
03951



NOTARIA CINCUENTA Y CINCO
Alejandro Hernández Muñoz
Notario

55
NOTARIA CINCUENTA Y CINCO DE BOGOTÁ D.C.
Alejandro Hernández Muñoz
Notario

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048



EPICRISIS N°126400

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 10/marzo/2021 06:16 p. m. Ingreso: 4476315 Fecha de Ingreso: 10/03/2021 7:00:06 a. m. Confirmado
 Informacion Paciente: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ Tipo Paciente: Subsidiado Sexo: Femenino
 Tipo Documento: Cédula Ciudadanía Número: 1016092843 Edad: 24 Años \ 0 Meses \ 5 Días F. Nacimiento: 05/03/1997
 E.P.S: EPSS34 CAPITAL SALUD
 Admitido Por: Egreso del Servicio:
 Fecha de Ingreso 10/03/2021 7:00:06 a. m. Fecha de egreso 10/03/2021 6:16:57 p. m.

ESTANCIA				
CAMA	AREA SERVICIO	FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	DIAS
FN OA10323	OBSERVACION FONTIBON	10/03/21 12:19		0
TOTAL DIAS ESTANCIA				

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso Ninguna Fecha Egreso: 10/marzo/2021 06:16 p. m. Estado Paciente: VIVO

Causa De Ingreso: EPICRISIS N° 126400

Enfermedad_General_Adulto

Motivo Consulta:

ME CORTE UN DEDO
 LESION PUNTA DE DEDO ALLEN IV 4TO DEDO DERCHO (TRAUMA POR APLASTAMIENTO)
 LESION PUNTA DE DEDO ALLEN IV 4TO DEDO DERCHO (TRAUMA POR APLASTAMIENTO)

Enfermedad Actual:
 PACIENTE FMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENET EN AMPURTACION DE 4 DEDO DE LA MANO DEREHCA POSTERIOR A ESTAR EN GYM Y CAER UNA MAQUINA ENCIMA REFIERE DOLOR 10/10 , NIEGA ANTEDENTES DE IMPORTABNCIA , NIEGA ALERGIAS A MEDICACION , PACIENTE SINTOMTICA , NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS , NIEGA NOXAS CON COVID 19

Revisión del Sistema:

DOLRO EN 4 DEDO DE LA MAO DERECHA

Antecedentes:

NEGATIVOS

Examen Físico:

TAD
 65

OBSERVACIONES

DOLOR EN 4 DEDO DE LA MANO DERECHA

Resultados e Interpretación de paraclínicos

Analisis y Justificación de la estancia:

ANALISIS
 PACIENTE FMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENET EN AMPURTACION DE 4 DEDO DE LA MANO DEREHCA POSTERIOR A ESTAR EN GYM Y CAER UNA MAQUINA ENCIMA REFIERE DOLOR 10/10 , NIEGA ANTEDENTES DE IMPORTABNCIA , NIEGA ALERGIAS A MEDICACION , PACIENTE SINTOMTICA , NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS , NIEGA NOXAS CON COVID 19 AL EXMNA FISICO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA AL EXMNA FISICO EUTROFICAS, NO EDEMA, ADECUADO LLENADO CAPILAR DISTAL, SIMETRICO, ARCOS DE MOVIMIENTOS CONSREVADOS.A IVEL DE 4 DEDO DE LA MAO DERECHA PERDIDA DE UÑA Y PERDIDA DE TEJIDO MUSCULAR Y CELULAR , BUENA MOVILIDAD SE INDICA TOMA DE RX Y POSTERIOR VALORACION POR ORTOPEDIA , SE EXPPLICA A PACIENTE QUEIN REFIER ENTENDE RY ACEPTAR SE IONICIA MANEJO DE DOLOR

Cirugia Limpia/Contaminada
 Sala 2
 NO

Plan de Tratamiento

ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO

843500 REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD SI

Condiciones Salida:

0
-3

Indicación Paciente:

OBSERVACION
MANEJO DE DOLOR
RX
VALORACION POR ORTOPEDIA

Resultado Examen:

Estado Paciente Egreso

True

Justificación Muerte: VIVO

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	S611	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UNA(S)	<input checked="" type="checkbox"/>

EVOLUCIONES

FECHA	MÉDICO
-------	--------

DESCRIPCION

10/03/2021 10:26 a. m.	ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO	Respuesta de interconsulta: Analisis subjetivo: DOLOR POR APLASTAMIENTO Analisis objetivo: PACIENTE DE 24 AÑOS CON FRACTURA ABIERTA DE 4TO DEDO + AMPUTACION ALLEN IV CON PERDIDA DE TEJIDO EN ASPECTO RADIAL Respuesta: RX DE MANO .FRACTURA FALANGE DISTAL DE 4TO DEDO .LESION ALLEN TIPO IV .Diagnóstico: FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO Tratamiento: HOSPITALIZAR ORTOPEDIA PARA REMODELACION DE AMPUTACION Y AVANCE DE COLGAJO KUTLER VS ATASOY .
10/03/2021 10:33 a. m.	ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO	SE ABRE HC PARA DILIGENCIAR PROCEDIMIENTO QX .

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
21101	21101 - MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	<input checked="" type="checkbox"/>
843500	843500 - REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD	<input checked="" type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
MED489	DICLOFENACO 75MG/3ML IV/IM SOLUCION INYECTABLE	<input checked="" type="checkbox"/>
MED296	cefaZolina 1 G POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	<input checked="" type="checkbox"/>
MED516	DIPIRONA 1G /2 ML SOLUCION INYECTABLE	<input checked="" type="checkbox"/>
MED957	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	<input checked="" type="checkbox"/>
MED294	CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	<input checked="" type="checkbox"/>
MED1224	NAPROXENO 250 MG TABLETA	<input checked="" type="checkbox"/>
MED020	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	<input checked="" type="checkbox"/>



ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO

FORMATO DESCRIPCION QUIRURGICA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 10/03/2021 6:16:28 p. m. N° FOLIO: 6

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1016092843 IDENTIFICACION: 1016092843 EDAD: 24 Años 10 Meses 12
Días
NOMBRE PACIENTE: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ FECHA DE NACIMIENTO: 5/03/1997 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Casado NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 2
ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: CARRERA 112 # 22 CARRERA 45 TELEFONO: 3125653660 PROCEDENCIA: LOC FONTIBON
N° INGRESO: 4476315 FECHA DE INGRESO: 10/03/2021 7:00:06 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
RESPONSABLE: ANA MARIA LOZANO DIRECCION RESPONSABLE: CARRERA 112 # 22 TELEFONO RESPONSABLE: 3137240658
CARRERA 45

Tipo de Procedimiento: Ambulatorio Tiempo: HH -3 mm Tipo de Anestesia: Local Controlada

Fecha y hora inicial que inicio del procedimiento: 10/03/2021 6:03:39 p. m.

Fecha y hora que finaliza el procedimiento: 10/03/2021 6:00:00 p. m.

Cirujano 79154357 ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO

Anestesiologo:

1° Ayudante

Dx. PreOperatorio LESION PUNTA DE DEDO ALLEN IV 4TO DEDO DERCHO (TRAUMA POR APLASTAMIENTO)

Instrumentadora: 1024496970 VERDUGO SINNING BEATRIZ

Auxiliar:

2° Ayudante

Dx. PosOperatorio LESION PUNTA DE DEDO ALLEN IV 4TO DEDO DERCHO (TRAUMA POR APLASTAMIENTO)

INTERVENCION 1 843500 REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD

INTERVENCION 2

INTERVENCION 3

INTERVENCION 4

INTERVENCION 5

INTERVENCION 6

INTERVENCION 7

INTERVENCION 8

INTERVENCION 9

INTERVENCION 10

INTERVENCION 11

INTERVENCION 12

MAS INTERVENCIONES

HALLAZGOS:

LESION PUNTA DE DEDO ALLEN IV 4TO DEDO DERCHO (TRAUMA POR APLASTAMIENTO)

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

PIE VIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA LOCAL (BLOQUEO DIGITAL) SE HACE REMODELACION DE PUNA DE DEDO 4TO DERCHO, SE HACE DEBRIDAMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS POR DEGLOVING Y OSTECTOMIA DE PENACHO DE FALANG DISTAL, RCOSNTRUCIN DE LECHO UNGUEAL Y REMODELACION COPN AVANCE TIPO ATASOY + ONICOPLASTIA COLGAJO CON PERFUXION VIABLE. VENDAJE TIPO ROBERT JONES

Tipo Cirugía: Reintervencion

Infección localizada

Tiene tejidos para patología

Reintervención

Interrupción voluntaria del embarazo

Tiempo Quirúrgico: HH -3 mm

Grado de contaminación:

Cirugía Limpia/Contaminada

N° Sala utilizada para el procedimiento

Sala 2

COMPLICACIONES:

Hubo NO
Complicaciones?

ANATOMÍA PATOLOGICA:

PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS

CODIGO SOAT	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN
843500	843500	843500 - REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD

DIAGNOSTICO:

S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

OBSERVACIONES

TIPO

Presuntivo

Material SI

Profesional: LUIS FERNANDO ROMAN OSPINA

Registro profesional: 79154357

Especialidad: ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Nombre reporte: HCRPHistoBase

Usuario: 79123832

FINANCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

FORMATO REGISTRO DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA

RECOLECTADO EN:

5. INDICADORES QUÍMICOS Y STICKERS DE TRAZABILIDAD

indicadores virados correctamente

OBSERVACIONES

se utilizan epp entregados por la institucion

1024496970 VERDUGO SINNING BEATRIZ

Firma y sello instrumentadora quirurgica

79154357 ROMAN OSPINA LUIS
FERNANDO

Firma y sello cirujano

Firma y sello cirujano

1024542822 LOPEZ ERIKA PAOLA

Firma y sello cirujano

Firma y sello Auxiliar de sala

20504947 RAMIREZ SANTANA
DIANA CAROLINA

Firma y sello Enfermería

ANTECEDENTES

Tipo

Fecha

Observaciones

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida

Detalle Indicación:

Profesional: VERDUGO SINNING BEATRIZ
Cédula: 1024496970
Tipo Medico: Otro

Usuario: 79123832
Nombre reporte : HCRPHistoBase

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA**

FORMATO REGISTRO DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1016092843
Nombre Paciente: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ
Fecha Nacimiento: 05/marzo/1997 Edad Actual:
Dirección: CARRERA 112 # 22 CARRERA 45
Procedencia: LOC. FONTIBON

FECHA DE FOLIO: 10/03/2021 6:08:44 p. m. N° FOLIO: 5
Identificación: 1016092843 Sexo: Femenino
Estado Civil: Casado
Teléfono: 3125653660
Ocupación: OTROS OFICIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD
EPS CAPITAL SALUD RCP-Nº024 - 2020

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 4476315 FECHA DE INGRESO: 10/03/2021 7:00:06 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Otra
RESPONSABLE: ANA MARIA LOZANO DIRECCION RESPONSABLE: CARRERA 112 # 22 TELEFONO RESPONSABLE: 3137240658
CARRERA 45
CENTRO DE ATENCIÓN: FO03 - USS FONTIBON ÁREA DE SERVICIO: FO03C11 - QUIRURGICO ORTOPEdia FONTIBON

I. INFORMACION GENERAL

INTERVENCION QUIRURGICA	remodelacion punta de dedo	MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y/O IMPLANTES	NO	CUAL	
PROVEEDOR DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y/O IMPLANTES					
PAUSA QUIRURGICA	SI	RAZON			

2. RECUENTRO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

ELEMENTO	INICIO	FINAL	COMPLETO	INCOMPLETO	OBSERVACIONES
GASA PRECORTADA	5	5	si	no	completo
COMPRESAS	13	13	si	no	completo
MECHAS					
COTONOIDES					
AGUJAS	4	4	si	no	completo
HOJA DE BISTURI	2	2	si	no	completo
OTROS					

3. INSTRUMENTACION QUIRURGICO E INSTRUMENTAL ESPECIALIZADO

EQUIPOS Y ELEMENTOS ACCESORIOS	CANTIDAD		FALTANTES	OBSERVACIONES
	INICIO	FINAL		
equipo plastia # 6	49	49	no	completo

4. MUESTRAS ANATOMO-PATOLÓGICAS

TIPO DE MUESTRA:



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
NOTA DE EVOLUCION ADICIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1016092843 Nº FOLIO: 4
 Nombre Paciente: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ Identificación: 1016092843 Sexo: Femenino
 Fecha Nacimiento: 05/marzo/1997 Edad Actual: 24 Años \ 0 Meses \ 12 Días Estado Civil: Casado
 Dirección: CARRERA 112 # 22 CARRERA 45 Teléfono: 3125653660
 Procedencia: LOC. FONTIBON Ocupación: OTROS OFICIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: Regimen CAPITAL SALUD Régimen: Regimen_Simplificado
 Plan Beneficios: IEPS CAPITAL SALUD - RGR N°024 - 2020 Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2 DE LA ADMISION

AREA DE SERVICIO:

CENTRO ATENCIÓN: FO03 - USS FONTIBON

FECHA DE APERTURA FOLIO: 10/03/2021 10:29:21 a. m. **FECHA DE CIERRE FOLIO:** 10/03/2021 10:33:18 a. m.

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 4476315 **FECHA DE INGRESO:** 10/03/2021 7:00:06 a. m.
 FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_General
 RESPONSABLE: ANA MARIA LOZANO **DIRECCION RESPONSABLE:** CARRERA 112 # 22 **TELEFONO RESPONSABLE:** 3137240658
CARRERA 45
CENTRO DE ATENCIÓN: FO03 - USS FONTIBON **ÁREA DE SERVICIO:** FO03C11 - QUIRURGICO ORTOPEDIA FONTIBON

CONSULTA ASISTIDA: False Médico Documento

SE ABRE HC PARA DILIGENCIAR PROCEDIMIENTO QX EDUCACION

DEMANDA INDUCIDA

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx	Egreso Dx
S626	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observación

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOLICITADOS

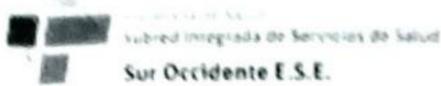
Nombre	Cantidad	Observacion
REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD	1	REMODELACION AMPUTACION ALLEN IV DE 4TO DEDO MANO DERCHA ,.AVANCE DE COLGAJO,.

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Urgencias_Observacion
Detalle Indicación:

Nombre Medico: ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO
Registro: 79154357
Especialidad: ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Usuario: 79123832



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

HISTORIA CLÍNICA

INGRESO A ATENCION DE URGENCIAS

DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia Clínica: 1016092843
 Nombre Paciente: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ
 Fecha Nacimiento: 05/marzo/1997 Edad Actual: 24 Años 10 Meses 12 Días
 Dirección: CARRERA 112 # 22 - CARRERA 45
 LOCALIDAD: FON TIBON

FECHA DE FOLIO: 10/03/2021 8:05:25 a. m. Nº FOLIO: 1
 Identificación: 1016092843 Sexo: Femenino
 Estado Civil: Casado
 Teléfono: 3125653660
 Otro: Otros CERCIOS

DATOS DE AFILIACION

Entidad: CAPITAL SALUD
 Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020

Régimen: Regimen_Simplificado
 Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DE LA ADMISIÓN:

Nº INGRESO: 4476315
 FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica
 RESPONSABLE: ANA MARIA LOZANO

FECHA DE INGRESO: 10/03/2021 7:00:06 a. m.
 CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
 DIRECCION RESPONSABLE: CARRERA 112 # 22 CARRERA 45
 TELEFONO RESPONSABLE: 3132940658

PAREN TESCO RESPONSABLE: HERMANA
 CENTRO DE ATENCIÓN: FO03 - USS FONTIBON
 TRIAGE: 563180

AREA DE SERVICIO: FO03B01 - CONSULTA URGENCIAS FONTIBON
 003 - III URGENCIA (REQUIERE MEDIDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN URGENCIAS) ATENCION 180 MIN

NIVEL EDUCATIVO:
 OCUPACION:

ETNIA 6 NINGUNO DE LOS ANTERIORES DISCAPACIDAD NO TIPO DE DISCAPACIDAD RESPONSABLE

DATOS DEL PACIENTE

NIVEL EDUCATIVO:
 ETNIA 6 NINGUNO DE LOS ANTERIORES DISCAPACIDAD NO RESPONSABLE

TIPO DE DISCAPCIDAD:
 RELIGION:
 OCUPACION:
 PRIMERA VEZ DEL AÑO

CAUSA EXTREMA POR LA CUAL LLEGO EL PACIENTE

Enfermedad_General:
 OTRA NO CUAL:
 ES UNA URGENCIA NO

MOTIVO DE CONSULTA:
 ME CORTE UN DEDO
 ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENET EN AMPURTACION DE 4 DEDO DE LA MANO DERECHA POSTERIOR A ESTAR EN GYM Y CAER UNA MAQUINA ENCIMA REFIERE DOLOR 10/10 . NIEGA ANTEDENTES DE IMPORTABNCIA . NIEGA ALERGIAS A MEDICACION , PACIENTE SINTOMTICA , NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS , NIEGA NOXAS CON COVID 19

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE
Femenino		
Femenino	Femenino Femenino	Femenino Femenino Femenino
Femenino	Femenino Femenino Femenino Femenino	Femenino Femenino Femenino

DESCARTAR EL EMBARAZO SIN IMPORTAR EL MOTIVO DE LA CONSULTA

REVISIÓN POR SISTEMAS

DOLRO EN 4 DEDO DE LA MAO DERECHA
 Menarquia Años Ciclos FUR
 EXÁMEN FISICO PACIENTE SIN SIGNOS VITALES NO
 TEMP 36.00 FR 20 FC 100 TA 122 / 65 TAM 84,00 EVA /10 GLASGOW 15 /15
 PESO 66.00 TALLA 168,00 IMC 23,38 SAT.O2 95 FIO2 21 CONDICIONES BUENAS
 Escala del dolor grafica 10

OBSERVACIONES

DOLOR EN 4 DEDO DE LA MANO DERECHA

SISTEMA

Cabeza: NORMCEFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ ESCLERAS, ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, NO CIANOSIS PERIORAL.
 Cuello: MÓVIL, NO DOLOROSO, SIN ADENOPATÍAS, NI MASAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, NI SOPLOS CAROTIDEOS.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE HISTORIA CLÍNICA

INGRESO A ATENCION DE URGENCIAS

Torax: EXPANSION SIMÉTRICA SIN USO DE MUSCULOS ACCESORIOS NO DOLOR A LA DIGITOPRESION, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES NO PRESENCIA DE ESTERTORES CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, DE BUEN TONO E INTENSIDAD SIN SOPLOS NO FROTE PERICARDICO
Abdomen: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES Y NORMALES SIN SOPLOS BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL
Genitourinario: PUÑO PERCUSION NEGATIVA, PUNTOS URETERALES NO DOLOROSOS
Ortopédica: PERDIDA DE UÑA Y 4 DEDO Y TEJIDO MUSCULAR Y CELULAR
Neurológico: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, EN LAS TRES ESFERAS, SIN DEFICIT APARENTE DE PAR CRANEAL, FUERZA SIMÉTRICA, SIN NO DÉFICIT SENSITIVO, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS +++/++++ NO POSICIONES NI MOVIMIENTOS ANORMALES, NO SIGNOS DE MENINGEOS, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA.
Piel y Faneras: VER EX FISICCO
Extremidades: EUTROFICAS, NO EDEMA, ADECUADO LLENADO CAPILAR DISTAL, SIMETRICO, ARCOS DE MOVIMIENTOS CONSREVADOS.A IVEL DE 4 DEDO DE LA MAO DERECHA PERDIDA DE UÑA Y PERDIDA DE TEJIDO MUSCULAR Y CELULAR, BUENA MOVILIDAD

ANALISIS

PACIENTE FMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSINTENET EN AMPURTACION DE 4 DEDO DE LA MANO DEREHCA POSTERIOR A ESTAR EN GYM Y CAER UNA MAQUINA ENCIMA REFIERE DOLOR 10/10, NIEGA ANTEDENTES DE IMPORTABNCIA, NIEGA ALERGIAS A MEDICACION, PACIENTE SINTOMTICA, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA NOXAS CON COVID 19 AL EXMNA FISICO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA AL EXMNA FISICO EUTROFICAS, NO EDEMA, ADECUADO LLENADO CAPILAR DISTAL, SIMETRICO, ARCOS DE MOVIMIENTOS CONSREVADOS.A IVEL DE 4 DEDO DE LA MAO DERECHA PERDIDA DE UÑA Y PERDIDA DE TEJIDO MUSCULAR Y CELULAR, BUENA MOVILIDAD SE INDICA TOMA DE RX Y POSTERIOR VALORACION POR ORTOPEDIA, SE EXPPLICA A PACIENTE QUEIN REFIER ENTENDE RY ACEPTAR SE IONICIA MANEJO DE DOLOR,

CONDUCTA 2 OBSERVACION
TRASLADO INTERNO ESPECIALIDAD
POR QUE
OTRAS REDES ESPECIALIDAD
POR QUE
PLAN DE MANEJO
 OBSERVACION MANEJO DE DOLOR RX VALORACION POR ORTOPEDIA
IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO NO
TIPO DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO
REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO
CUAL

EL PACIENTE REQUIERE TOMA O APLICACION DE ALGUN MEDICAMENTO NO
REQUIERE AJUSTE O MODIFICACION DE LA MEDICACION PREVIA
POR QUE
REGISTRE LOS MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN DESCRITOS EN LA FORMULA MEDICA

DIAGNOSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal Dx	Ingreso Dx	Egreso Dx
S611	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observación

EXAMENES SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEO	1	DERCECHA

Fecha Realización:
 Fecha Resultado:
 Resultado:
 Fecha Interpretación:
 Análisis:

PLAN DE TRATAMIENTO



REGISTRO DE SERVICIOS

No. 00000000778352

Fecha : 10 mar. 2021 09:16 p. m.

Paciente 1010028843	DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ	Tipo Subsidiado
Entidad EPSSCH	CAPITAL SALUD	NIT 900298372
Dirección CL 77 A N 12 A - 35		Teléfono 3265410 ext 3210
Plan RS_120_2	EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020	Edad 24 Años \ 0 Meses \ 5 Días
Extrato 0	SUBSIDIADO NIVEL 2	Fecha de Nacimiento: 5/03/1997
Centro FCN3	USS FONTIBON	Sexo Femenino
Empresa		Ingreso 4476315
Fec Egreso 10 mar. 2021 09:15 p. m.	Usuario 80052950 - DANIEL ANDRES CARDENAS	Fec Ingreso 10 mar. 2021 07:00 a. m.

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
CONSULTAS						
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1,00	\$ 44.700,00	\$ 0,00	\$ 4.470,00	\$ 40.230,00
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO						
873210	RADIOGRAFIA DE MANO	1,00	\$ 38.385,00	\$ 15,00	\$ 3.887,70	\$ 34.512,30
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS QUIRURGICOS						
843500	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD	1,00	\$ 554.500,00	\$ 0,00	\$ 55.450,00	\$ 499.050,00
39003	CIRUANO GRUPO 5	1,00	\$ 133.100,00	\$ 0,00	\$ 13.310,00	\$ 119.790,00
39103	ANESTESIOLOGO GRUPO 05	1,00	\$ 87.000,00	\$ 0,00	\$ 8.700,00	\$ 78.300,00
39207	SALAS GRUPO 05	1,00	\$ 237.400,00	\$ 0,00	\$ 23.740,00	\$ 213.660,00
39302	MATERIALES GRUPOS 04 - 05 - 06	1,00	\$ 97.000,00	\$ 0,00	\$ 9.700,00	\$ 87.300,00
ESTANCIAS						
10M002	INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL	1,00	\$ 190.800,00	\$ 0,00	\$ 19.080,00	\$ 171.720,00
MATERIALES E INSUMOS						
DM014	acido poliglicolico 4/0 Aguja redonda 1/2 circulo de 15-17mm 70-90 cm	1,00	\$ 5.250,00	\$ 0,00	\$ 525,00	\$ 4.725,00
DM1097	ADAPTADOR O TAPON DE SEGURIDAD LIBRE DE AGUA	1,00	\$ 1.561,00	\$ 0,00	\$ 156,10	\$ 1.404,90
DM1165	TUBO ENDOTRAQUEAL 7.0 C/B	1,00	\$ 2.221,00	\$ 0,00	\$ 222,10	\$ 1.998,90
DM1656	APOSITO ADHESIVO TRANSPARENTE 9X7	1,00	\$ 1.480,00	\$ 0,00	\$ 148,00	\$ 1.332,00
DM1921	GASA PRECORTADA DE 7.5 X 7.5 SOBRE X 5 UNDS	1,00	\$ 61,00	\$ 0,00	\$ 6,10	\$ 54,90
DM298	CATETER INTRAVENOSO RADIOPACO CON ACTIVACION MANUAL NO 18G X 1 1/4	1,00	\$ 1.659,00	\$ 0,00	\$ 165,90	\$ 1.493,10
DM365	CAUCHO PARA SUCCION EN PVC SILICONIZADO X 3 MTS Y 6.4 MM METRO ESTERIL	1,00	\$ 2.642,00	\$ 0,00	\$ 264,20	\$ 2.377,80
DM434	ELECTRODO DESECHABLE PARA ADULTO	3,00	\$ 198,00	\$ 0,00	\$ 59,40	\$ 534,60
DM454	EQUIPO DE MACROGOTEO S/A	1,00	\$ 3.033,00	\$ 0,00	\$ 303,30	\$ 2.729,70



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

Fecha Actual : miércoles, 10 marzo 2021

REGISTRO DE SERVICIOS

Página 2/2

No. 00000000778352

Fecha : 10 mar. 2021 09:16 p. m.

Paciente 1016092843	DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ	Tipo Subsidiado
Entidad EPSS34	CAPITAL SALUD	NIT 900298372
Dirección CL 77 A N 12 A - 35		Teléfono 3265410 ext 3210
Plan RS_120_2	EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020	Edad 24 Años \ 0 Meses \ 5 Días
Estrato 6	SUBSIDIADO NIVEL 2	Fecha de Nacimiento: 5/03/1997
Centro FO03	USS FONTIBON	Sexo Femenino
Empresa		Ingreso 4476315
Fec Egreso 10 mar. 2021 09:15 p. m.		Fec Ingreso 10 mar. 2021 07:00 a. m.
	Usuario 80052950 - DANIEL ANDRES CARDENAS	

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
DM481	EXTENSION ANESTESIA ADULTO	1,00	\$ 524,00	\$ 0,00	\$ 52,40	\$ 471,60
DM525	GUANTE CIRUGIA No 6.5 ESTERIL	1,00	\$ 1.100,00	\$ 0,00	\$ 110,00	\$ 990,00
DM527	GUANTE CIRUGIA No 7.0 ESTERIL	1,00	\$ 1.245,00	\$ 0,00	\$ 124,00	\$ 1.121,00
DM555	HOJA DE BISTURI No. 15	2,00	\$ 269,00	\$ 0,00	\$ 53,80	\$ 484,20
DM561	HUMIDIFICADOR DESECHABLE	1,00	\$ 3.188,00	\$ 0,00	\$ 318,80	\$ 2.869,20
DM618	JERINGA DESECHABLE 10 CC UNIDAD	7,00	\$ 189,00	\$ 0,00	\$ 132,30	\$ 1.190,70
DM621	JERINGA DESECHABLE 5 CC UNIDAD	5,00	\$ 125,00	\$ 0,00	\$ 60,00	\$ 565,00
DM657	LAPIZ DESECHABLE ELECTROBISTURI	2,00	\$ 4.522,00	\$ 0,00	\$ 904,40	\$ 8.139,60
DM676	LLAVE 3 VIAS	1,00	\$ 560,00	\$ 0,00	\$ 56,00	\$ 504,00
DM753	MONOFILAMENTO 3 0 C/A C/C SOBRE	4,00	\$ 4.000,00	\$ 0,00	\$ 1.600,00	\$ 14.400,00

MEDICAMENTOS POS

MED296	cefaZolina 1 G POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	3,00	\$ 2.179,00	\$ 0,00	\$ 653,70	\$ 5.883,30
MED390	CLORURO DE SODIO (SOLUCION SALINA NORMAL) 0.9% X 500 ML SOLUCION INYECTABLE BOLSA	4,00	\$ 1.229,00	\$ 0,00	\$ 491,60	\$ 4.424,40
MED489	DICLOFENACO 75MG/3ML IV/IM SOLUCION INYECTABLE	1,00	\$ 288,00	\$ 0,00	\$ 28,80	\$ 259,20
MED516	DIPIRONA 1G /2 ML SOLUCION INYECTABLE	8,00	\$ 238,00	\$ 0,00	\$ 190,40	\$ 1.713,60
MED957	LACTATO RINGER 500ML SOLUCION INYECTABLE	10,00	\$ 1.286,00	\$ 0,00	\$ 1.286,00	\$ 11.574,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	\$ 907.553,00
VALOR CUOTA DE RECUPERACION	\$ 90.800,00
VALOR ANTICIPO	\$ 0,00
CUOTA RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	\$ 90.800,00
VALOR IVA	\$ 0,00
VALOR DESCUENTO	\$ 0,00
VALOR FRANQUICIA	\$ 0,00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	\$ 0,00
TOTAL: CERO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.	\$ 0,00

RECIBO DE CAJA :	000000000141521	VALOR RECIBO DE CAJA :	90800,00
-------------------------	-----------------	-------------------------------	----------

FIRMA RESPONSABLE

FIRMA Y HUELLA PACIENTE

REVISOR

Nombre reporte : FCRPRegistroServicios

Usuario Id. :80052950

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

RECIBO DE CAJA
 DANIEL ANDRES CARDENAS

Número : 000000000141521

CONSECUTIVO 000000000141521 ESTADO Confirmado
 FECHA DEL RECIBO 10/03/2021 9:16:48 p. m. VALOR \$ 90.800
 TERCERO 900298372 CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN
 SUBSIDIADO S.A.S.

CENTRO DE COSTO
 DETALLE Abono de DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ a la Factura de Salud N° 00000000778352
 VALOR EN LETRAS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

RECAUDO NRO
 USUARIO CREA DANIEL ANDRES CARDENAS

FORMAS DE PAGO					
vr Efectivo :	\$ 90.800	vr Cheque :	\$ 0	vr Consign. :	\$ 0
		vr Tarjeta :			\$ 0
		Consig.Nro :		Tipo :	Valor :
		Tarjeta.Nro :		vr.Com :	Valor :
DETALLE DEL MOVIMIENTO					
CONCEPTO	TERCERO	CEN.COSTO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
Caja CAMI II - USSF01	900298372		110501201	\$ 90.800	\$ 0
RC001 CUOTA DE RECUPERACIÓN	900298372		131916001	\$ 0	\$ 90.800
FACTURAS AFECTADAS					
NUMERO DE FACTURA	VALOR ABONADO	NUMERO DE FACTURA	VALOR ABONADO		
	Cheque :		Fecha :		Valor :
RECAUDO GENERADO					
CONSECUTIVO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR

Firma y Sello

Nombre reporte : TSRPReciboCaja

Usuario Id. :80052950

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
ESE
HISTORIA CLÍNICA
FORMATO RADIOLOGIA

DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: 1016092843
 Nombre Paciente: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ
 Fecha Nacimiento: 05/marzo/1997 **Edad Actual:** 24 Años 10 Meses 12 Días
 Dirección: CARRERA 112 # 22 CARRERA 45
 Procedencia: LOC. FONTIBON

FECHA DE FOLIO: 10/03/2021 10:25:35 a. m. N° FOLIO: 2
 Identificación: 1016092843 Sexo: Femenino
 Estado Civil: Casado
 Teléfono: 3125853660
 Ocupación: OTROS OFICIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD
 Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020

Régimen: Régimen Simplificado
 Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 4475315
 FINALIDAD CONSULTA: No_Apica
 RESPONSABLE: ANA MARIA LOZANO

FECHA DE INGRESO: 10/03/2021 7:00:06 a. m.
 CAUSA EXTERNA: Otra
 DIRECCION RESPONSABLE: CARRERA 112 # 22 TELEFONO RESPONSABLE:
 CARRERA 45

PAREN TESCO RESPONSABLE: HERMANA
 CENTRO DE ATENCIÓN: F003 - USS FONTIBON
 TRIAGE: 563180 Fecha Triage: 10/03/2021 6:55:25 a. m.

ÁREA DE SERVICIO: F003L02 - IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA FONTIBON
 003 - III URGENCIA (REQUIERE MEDIDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS EN URGENCIAS) ATENCION 180 WIN

NIVEL EDUCATIVO
 OCUPACION:

ETNIA DISCAPACIDAD TIPO DE DISCAPACIDAD
 RELIGION: RESPONSABLE

FORMATO DE RADIOLOGIA

Fecha y hora: 10/03/2021 10:24:33 a. m. Tipo de paciente: Adulto Contextura: Contextura media
 Estudio: Camara 1
 Hallazgos criticos: NO

Tipos de estudios

CAMARA 1

Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis	Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis	Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	Dosis
DEDOS EN MANO	44,0000	3,2000	0,0000	0,0010		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000		0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Estudios	Kv	mA	Tiempo/segundo	CTDIvol (mGy)	DLP (mGy*cm)				
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000				
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000				
	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000				

Estudio
 Técnica
 KV: MAS
 Repetición de estudio: NO

Impresión de placa	Cantidad	Estudio
CD	1	EN SISTEMA

Observaciones
 ESTUDIO SIN COMPLICACION

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT. 900959048

Call center: 2091480 opc. 8

Fecha Actual : miércoles, 10 marzo 2021

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente: **DEANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ** Edad: 24 Años \ 0 Meses \ 5 Días Folio: 6
 Identificación: **1016092843** Telefono Movil: 3125653660 No. Historia: **1016092843**
 Centro- Atencion: **USS FONTIBON** Telefono Fijo: 4860033 Ingreso: **4476315**
 Direccion: **CARRERA 99 # 16E- 41** Fecha Ingreso: 10/03/2021 7:00:06 a. m.
 Entidad: **RS_120_2 - EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020** Fecha prescripcion: 10/03/2021 6:16 p. m.
 No. Cama: **FN 0410323 - CAMILLA 23- Area de Servicio: FO03C11 - QUIRURGICO ORTOPEDIA FONTIBON** Suministro Paciente
 Ubicación Cama: **OBSERVACION RESPIRATORIA FONTIBON**
 Plan de Beneficios: **RS_120_2 - EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020**

Diagnostico Principal : S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Posologia	T.D.	Dura.
MED034 CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	(1) UNO	500MG	TABLETA	Oral	TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HS POR 10 DIAS.	<input checked="" type="checkbox"/>	10 d
MED1224 NAPROXENO 250 MG TABLETA	(15) QUINCE	250 mg	TABLETA	Oral	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HS SEGUN DOLOR	<input checked="" type="checkbox"/>	0 d
MED020 ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	(20) VEINTE	500 MG	TABLETA	Oral	TOMAR UNA TABLET CADA 6 HS SEGUN DOLOR	<input checked="" type="checkbox"/>	0 d

Total Items: 3

LISTADO DE DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	PRINCIPAL	DE INGRESO	DE EGRESO
S626	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO
 ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
 Cedula de ciudadanía-79154357

Horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:30 am a 6:00 pm jornada continua, sabados de 7:30 a.m a 1:00 p.m

FORMULACION MEDICA EXTERNO

Paciente	DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ	Edad	24 Años \ 0 Meses \ 5 Días	Folio	6
Identificación	1016092843	Telefono Movil	3125653660	No. Historia	1016092843
Centro- Atencion	USS FONTIBON	Telefono Fijo	4860033	Ingreso	4476315
Direccion	CARRERA 99 # 16I- 41			Fecha Ingreso	10/03/2021 7:00:06 a. m.
Entidad	RS_120_2 - EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020			Fecha prescripcion	10/03/2021 6:16 p. m.
No. Cama	FN OA10323 - CAMILLA 23- Area de Servicio: FO03C11 - QUIRURGICO ORTOPEDIA FONTIBON			Suministro Paciente	
Ubicacion Cama	OBSERVACION RESPIRATORIA FONTIBON				
Plan de Beneficios:	RS_120_2 - EPS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020				

Diagnostico Principal : S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

INDICACIONES PACIENTE

SALIDA POR ORTOPEDIA
CONTROL EN 2 SEMANAS
24.MARZO .2021
8:00 AM DR ROMAN .
CEFALEXINA 500 MGS CADA 6 HS OR 10 DIAS .
NAPROXENO 250 MGS CADA 8 HS SEGUN DOLOR
ACETAMINOFEN 500 MGS CADA 6 HS SEGUN DOLOR
CUIDADOS DE VENDAJES NO MOJARLOS NO RETIRARLOS .

LISTADO DE DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	PRINCIPAL	DE INGRESO	DE EGRESO
S626	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>


ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO
ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA
Cedula de ciudadanía-79154357

FORMATO DESCRIPCION QUIRURGICA
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
 SALUD SUR OCCIDENTE ESE**

FECHA DE FOLIO: 10/03/2021 8:18:28 a. m. N° FOLIO: 8

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 101602843 IDENTIFICACION: 101602843 EDAD: 24 Años 7 Meses 12
 Días
 NOMBRE PACIENTE: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ FECHA DE NACIMIENTO: 5/03/1997 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
 ESTADO CIVIL: Casado NIVEL ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 2
 ENTIDAD: CAPITAL SALUD TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
 DIRECCION: CARRERA 112 # 22 CARRERA 45 TELEFONO: 31 25531991 PROCEDENCIA: LOC FONTIBON

Completo?

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Observacion	Tipo	Principal
S626	FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO		Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>



Profesional: LUIS FERNANDO ROMAN OSPINA
 Registro profesional: 79154357
 Especialidad : ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Acreditado a: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Usuario: 79123832

RESPUESTA INTERCONSULTA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE
900959048

FECHA DE FOLIO: 10/03/2021 10:26:18 a. m. N° FOLIO:3

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1016092843 Tipo Doc: Cédula Ciudadanía IDENTIFICACION: 1016092843 EDA: 24 Años \ 0 Meses
NOMBRE PACIENTE: D'ANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ FECHA DE NACIMIENTO: 5/03/1997 12:00:00 a. m. D: \ 12 Días
ESTADO CIVIL: Casado NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 2 SEXO: Femenino
ENTIDAD: EPSS34 TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: CARRERA 112 # 22 CARRERA 45 TELEFONO: 3125653560 PROCEDENCIA: LOC FONTIBON

DATOS DE LA ADMISION:

N° INGRESO: 4476315 FECHA DE INGRESO: 10/03/2021 7:00:06 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: No_Aplica CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
RESPONSABLE: ANA MARIA LOZANO DIRECCION RESPONSABLE: CARRERA 112 # 22 CARRERA TELEFONO RESPONSABLE:3137240658
45

AREA FQ03102 - HOSPITALIZACION ORTOPEdia FONTIBON
ESPECIALIDAD ORTOPEdia Y/O TRAUMATOLOGIA
ANALISIS SUBJETIVO DOLOR POR APLASTAMIENTO
ANALISIS OBJETIVO PACIENTE DE 24 AÑOS CON FRACTURA ABIERTA DE 4TO DEDO + AMPUTACION ALLEN IV CON PERDIDA DE TEJIDO EN ASPECTO RADIAL
RESPUESTA RX DE MANO .FRACTURA FALANGE DISTAL DE 4TO DEDO .LESION ALLEN TIPO IV .
DIAGNOSTICO S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
TRATAMIENTO HOSPITALIZAR ORTOPEdia PARA REMODELACION DE AMPUTACION Y AVANCE DE COLGAJO KUTLER VS ATASOY .
OBSERVACIONES

INTERCONSULTA PENDIENTE

DIAGNOSTICO S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

ANALISIS OBJETIVO

PACIENTE DE 24 AÑOS CON FRACTURA ABIERTA DE 4TO DEDO + AMPUTACION ALLEN IV CON PERDIDA DE TEJIDO EN ASPECTO RADIAL

SUBJETIVO

DOLOR POR APLASTAMIENTO

RESPUESTA

RX DE MANO .FRACTURA FALANGE DISTAL DE 4TO DEDO .
LESION ALLEN TIPO IV .

TRATAMIENTO

HOSPITALIZAR ORTOPEdia PARA REMODELACION DE AMPUTACION Y AVANCE DE COLGAJO KUTLER VS ATASOY .

OBSERVACIONES

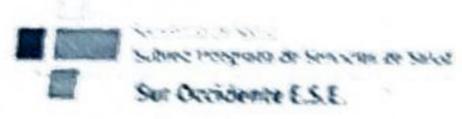
DIAGNOSTICOS

CIE 10	DESCRIPCION
S626	S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Profesional: LUIS FERNANDO ROMAN OSPINA
Registro Medico: 79154357
Especialidad: ORTOPEdia Y/O TRAUMATOLOGIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048



INDICACIÓN MEDICA

FORMATO DESCRIPCIÓN QUIRURGICA

Nº Historia Clínica:	1016092843	Nº Folio:	6	Fecha Folio:	10/03/2021 6:16:28 p. m.	Folio Asociado:	
DATOS PERSONALES				Identificación:	1016092843	Sexo:	Femenino
Nombre Paciente:	DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ	Estado Civil:	Casado	Identificación:	1016092843	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento:	05 marzo 1997 Edad Actual: 24 Años 10 Meses 15 Dias	Teléfono:	3125653660	Estado Civil:	Casado		
Dirección:	CARRERA 112 # 22 CARRERA 45	Ocupación:	OTROS OFICIOS	Teléfono:	3125653660		
Procedencia:	LOC. FONTIBON	Régimen:	Regimen_Simplificado	Ocupación:	OTROS OFICIOS		
DATOS DE AFILIACIÓN				Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 2		
Entidad:	CAPITAL SALUD						
Plan Beneficios:	EFS CAPITAL SALUD - PGP N°024 - 2020						
DATOS DEL INGRESO				Teléfono Resp:	3137240658		
Responsable:	ANA MARIA LOZANO	Nº Ingreso:	4476315	Fecha:	10/03/2021 7:00:06 a. m.		
Dirección Resp:	CARRERA 112 # 22 CARRERA 45	Causa Externa:	Enfermedad_General				
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Centro Atención:	FO03 - USS FONTIBON				
Area Servicio:	FO08011 - QUIRURGICO ORTOPEDIA FONTIBON						

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación: Salida

Detalle: SALIDA POR ORTOPEDIA
CONTROL EN 2 SEMANAS
24 MARZO 2021
8:00 AM DR ROMAN.
 CEFALEXNA 500 MGS CADA 6 HS OR 10 DIAS.
 NAPROXENO 250 MGS CADA 8 HS SEGUN DOLOR
 ACETAMINOFEN 500 MGS CADA 6 HS SEGUN DOLOR
 CUIDADOS DE VENDAJES NO MOJARLOS NO RETIRARLOS.

96047X

Profesional: ROMAN OSPINA LUIS FERNANDO
 Registro profesional: 79154357
 Especialidad: ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Sub
Román



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BASICA UPJ PUENTE ARANDA

DIRECCIÓN: Carrera 40 No. 10 A - 08. BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C.
TELEFONO: (1)4069977 Ext.1905-1910

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

Número único de informe: UBUCP-DRB-10213-2021

CIUDAD Y FECHA: BOGOTÁ D.C.. 18 de marzo de 2021
OFICIO PETITORIO: No. - 2021-03-18. Ref: Noticia criminal 110016000012202151057 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: MAURICIO ZAMUDIO CABRERA
CTI URI PUENTE ARANDA
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
AUTORIDAD DESTINATARIA: MAURICIO ZAMUDIO CABRERA
CTI URI PUENTE ARANDA
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
Carrera 40 No. 10 A 08
BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C.
NOMBRE EXAMINADO: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ
IDENTIFICACIÓN: CC 1016092843
EDAD REFERIDA: 24 años
ASUNTO: Lesiones / Lesiones accidentales

Examinada hoy jueves 18 de marzo de 2021 a las 09:31 horas en Primer Reconocimiento Médico Legal. Previa explicación de los procedimientos a realizar en la valoración, la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, se diligencia el consentimiento informado, se anota nombre y cedula del examinado en el consentimiento informado

RELATO DE LOS HECHOS:

La examinada refiere que el día 10 de marzo de 2021 sufrió un accidente en el gimnasio, le cayo una maquina en la mano.

EXAMEN MÉDICO LEGAL

Descripción de hallazgos

- Examen físico: Inmovilización con férula de yeso en mano derecha. Aporta historia clínica del Hospital de Fontibón donde se diagnostico : Amputación parcial del cuarto dedo de la mano derecha en accidente en un gimnasio. Se practico reconstruccion de muñón y avance de colgajo

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

Mecanismo traumático de lesión: Corto contundente.

Incapacidad médico legal PROVISIONAL VEINTICINCO (25) DÍAS.

Debe regresar a nuevo reconocimiento médico legal al término de la incapacidad provisional, con nuevo oficio de su despacho.

Secuelas médico legales a determinar...

Atentamente,

GUSTAVO ANDRES ROMERO CUERVO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO FORENSE

NOTA: Este informe pericial fue elaborado a solicitud de autoridad competente con destino al proceso penal indicado en el oficio de remisión, no reemplaza ni homologa a la incapacidad laboral.

18/03/2021 09:38

Caso: UBUCP-DRB-10238-C-2021

Pag. 1 de 1



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
UNIDAD BÁSICA SEDE CENTRAL

DIRECCIÓN: Calle 7 A No. 12 A 51 piso 2. BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C.
TELÉFONO: 4069977 EXT.1211 - 1212

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE

Número único de informe: UBSC-DRBO-05248-2021

CIUDAD Y FECHA: BOGOTÁ D.C.. 25 de mayo de 2021
OFICIO PETITORIO: No. SIN - 2021-04-21. Ref: Noticia criminal 110016000012202151057 -
AUTORIDAD SOLICITANTE: 309 FISCALIAS DE CONCILIACIÓN PREPROSESAL
FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
AUTORIDAD DESTINATARIA: 309 FISCALIAS DE CONCILIACIÓN PREPROSESAL
FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
CRA- 33-N-18-33
BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ D.C.
NOMBRE EXAMINADO: DIANA CAROLINA LOZANO SANCHEZ
IDENTIFICACIÓN: CC 1016092843
EDAD REFERIDA: 24 años
ASUNTO: Lesiones

Metodología:

• La aplicación del método científico en el desarrollo de las valoraciones medicolegales, la documentación y el manejo técnico de los elementos de prueba recolectados y asociados, que deberán ser utilizados y analizados en el contexto específico de cada caso; como se establece en el Reglamento Técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense DG-M-RT-01-V01, Versión 01 de octubre de 2010.

Examinada hoy martes 25 de mayo de 2021 a las 14:17 horas en Segundo Reconocimiento Médico Legal. Previa explicación de los procedimientos a realizar en la valoración, la importancia de los mismos para el proceso judicial o administrativo, se diligencia el consentimiento informado, se toma firma y huella dactilar del índice derecho del examinado en el consentimiento informado

INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE: Aporta OFICIO PETITORIO.

ATENCIÓN EN SALUD: Fue atendido en SUR OCCIDENTE E.S.E. Aporta copia de historia clínica número 1016092843, que refiere en sus partes pertinentes lo siguiente: 10/03/2021 Ortopedia. paciente de 24 años con fractura abierta de cuarto dedo mas amputacion Allen IV con perdida de tejido en aspecto radial, rx de mano con fractura de falange distal de cuarto dedo conlesion Allen tipo IV, Hospitalizan por ortopedia para remodelacion de amputacion y avance decolgajo. Firmado por Luis Fernando Roman. en cirugia describieron como hallazgos: lesion en punta de dedo Allen IV cuarto dedo derecho Firmado por Luis Fernando Roman Ospina ortopedia. .

ANTECEDENTES: Médico legales: UBUCP-DRB-10238-C-2021 Establecio incapacidad medicolegal provisional 25 dias, secuelas medicolegales a determinar.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Examinada quien asiste a segundo reconocimiento medicolegal hoy, victima de accidente en el gimnasio con posterior amputacion parcial de cuarto dedo mano derecha, con posterior

JOSE HERNANDO BECERRA RUIZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

INFORME PERICIAL DE CLÍNICA FORENSE
Número único de informe: UBSC-DRBO-05248-2021



reconstrucción de muñón y avance de colgajo. S/. refiere no extender bien el dedo.

EXAMEN MÉDICO LEGAL

Aspecto general: Buen estado general, colaboradora

Descripción de hallazgos

- Miembros superiores: Derecho; se evidencia deformidad física ostensible en cuarto dedo mano derecha, a razón de 1 cm de longitud con respecto a cuarto dedo mano izquierda, el lecho ungueal presenta deformidad pero esta conservado, presenta limitación para la extensión completa de dedo, dado por retracción de componente flexor a la extensión, sin embargo realiza adecuadamente flexión superficial y profunda, lo cual no altera de manera significativa la funcionalidad de la mano derecha, la fuerza muscular, prensión y pinza están conservadas

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES

Mecanismo traumático de lesión: Contundente. Se aumenta Incapacidad médico legal DEFINITIVA TREINTA Y CINCO (35) DÍAS, dado por fractura abierta por aplastamiento quien requirió intervención quirúrgica.

SECUELAS MÉDICO LEGALES: Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente;

Atentamente,

JOSE HERNANDO BECERRA RUIZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO FORENSE

NOTA: Este informe pericial fue elaborado a solicitud de autoridad competente con destino al proceso penal indicado en el oficio de remisión, no reemplaza ni homologa a la incapacidad laboral.







