

**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

Señores

JUZGADO TREINTA Y TRES (33) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

E.S.D.

CLASE DE PROCESO: DECLARATIVO-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL.

DEMANDANTE: PEDRO LUIS AGUDELO LÓPEZ (en adelante el o la “Demandante”).

DEMANDADO: INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A. (en adelante el “Demandado” o la “Clínica Meta”) Y OTRO.

RADICADO: 110014003033 2023 00024 00.

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO, domiciliada en Villavicencio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.026.266.231 de Bogotá, portadora de la tarjeta profesional de abogado número 252.678 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.**, de conformidad con el poder presentado en su Despacho, estando dentro de la oportunidad legal, me permito presentar **ESCRITO DE CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**, en los términos que se exponen a continuación.

I. OPORTUNIDAD

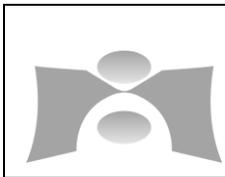
De conformidad con la ley 2213 de 2022, el traslado o los términos que conceda el auto notificado solo se empezarán a contabilizar a los dos (2) días hábiles siguientes al del envío del mensaje y el término respectivo empezará a correr a partir del día siguiente, la demanda fue notificada vía correo electrónico el día diez (10) de abril de 2023, corriendo el término de veinte (20) días para contestar el llamamiento, teniendo en cuenta lo anterior se presenta de manera oportuna la presente contestación a la demanda.

II. SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Me permito pronunciarme respecto de los hechos de la demanda en los siguientes términos, siguiendo la numeración y orden propuesto en el escrito de demanda:

Hecho No. 1: NO NOS CONSTA. En tal sentido nos atenemos al valor probatorio que le otorgue el Despacho a las pruebas documentales allegadas por la parte Demandante en lo relacionado a los Registros de Nacimiento y demás.

Hecho No. 2: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

Hecho No. 3: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Adicional a lo anterior debe precisarse que el profesional Jorge Enrique Gutiérrez Parrado, ni para el momento de los hechos ni actualmente forma parte del grupo de profesional de Inversiones Clínica del Meta S.A., es decir no tuvo ni tiene ningún tipo de contrato con nuestra institución, una razón adicional para no podernos pronunciar respecto a los hechos contenidos en este hecho.

Hecho No. 4: ES CIERTO. Según la historia clínica que reposa en nuestro archivo, el demandante inicialmente acudió a valoración por la especialidad de anestesiología para cirugía de reemplazo total de cadera izquierda y su correspondiente evaluación preanestésica el trece (13) de marzo de 2021. (HC. Pág. 1 y 2)

Por parte del personal de nuestra institución se prestaron los siguientes servicios:

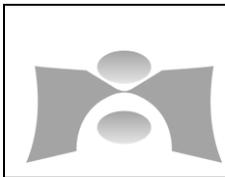
- Posteriormente para nueve (09) de junio de 2021, se evidencia en la historia clínica registro anestésico por parte del doctor Andrés Stevens Rodríguez López, como puede evidenciarse un proceso anestésico normal y sin complicaciones. (HC. Pág. 3 – 6)
- Adicional a la nota de anestesia puede evidenciarse notas medicas de evolución que dan cuenta de una evolución post quirúrgica normal y sin complicaciones, realizadas por los profesionales en medicina general Doctora Dalis Milena Monterroza Pérez, Doctor Oscar Edison Ordoñez y Erika Alejandra Gutiérrez Zapata, atenciones que evolucionaron sin complicaciones y sin reproche alguno por parte del demandante (HC. Pág. 10 al 15)
- Nota medica de evolución por parte de ortopedia y traumatología por parte del Doctor Jorge Mario Patarroyo Montejo. (HC. Pág. 16 y 19)

Las anteriores atenciones se dieron en el marco de la buena práctica médica, cumpliendo los protocolos y guías aplicables al caso, tanto así que el demandante no presenta ningún reparo ni queja de las atenciones que si fueron prestadas por el personal medico y asistencial de nuestra institución.

En lo relacionado con intervención quirúrgica de reemplazo total de cadera izquierda, que fue realizada por parte del Doctor Jorge Enrique Gutiérrez Parrado medico ortopedista y traumatólogo, debemos reiterar que este profesional no trabajaba para el momento de los hechos para nuestra institución por el contrario actuó como profesional adscrito a la red prestadora de servicios del asegurador del demandante, según el informe quirúrgico registra una intervención quirúrgica sin complicaciones.

Así las cosas, si la parte demandante argumenta una falla en la prestación del servicio medico que desencadeno un supuesto daño, deberá en atención a la línea jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, probar los elementos axiológicos de la responsabilidad médica.

“(…) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado” I (subrayado fuera de texto).¹

Así las cosas, en el presente proceso deberá demostrarse plenamente que coexisten los elementos esenciales de la responsabilidad médica, y que permitan evidenciar sin lugar a dudas que se presentó una falla en el servicio médico fruto de la negligencia del médico tratante, sumado a lo anterior deberá desvirtuarse que los supuestos daños alegados en el escrito de demanda no deriven de una complicación inherente al procedimiento al que fue sometido.

En concordancia con lo anterior, el médico se compromete, entonces, a aplicar todos los medios que consagra la ciencia médica al servicio de un fin, curar al enfermo, pero no se obliga necesariamente a obtener dicho fin. Así, el médico, en principio, no está facultado para asegurar un determinado resultado, pues la curación no se puede asegurar en su totalidad, ni siquiera en aquellos eventos que corresponden a intervenciones médicas simples, pues para la jurisprudencia “*el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece el cliente o de la no curación*”.²

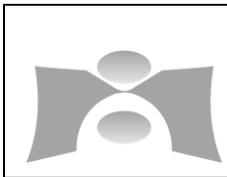
Esta determinación se explica por la presencia de factores imprevisibles en la actuación médica, por los cuales se estima que el hombre no debe responder, es decir, el principio común de las obligaciones de medios radica en el alea que afecta el resultado. En efecto, dado que toda terapia es aleatoria porque la incertidumbre en cuanto a la curación es inherente a la asistencia médica, la responsabilidad del médico únicamente se puede comprometer si él comete una culpa cuya prueba debe aportar el enfermo.³

Debe tenerse en cuenta que en el caso de la medicina existen un gran número de sucesos impredecibles y de circunstancias y variables incontrolables, entre otras, la propia anatomía del hombre, las distintas reacciones fisiológicas, la multicausalidad de las enfermedades y lesiones, la variabilidad interpersonal. El organismo vivo, elemento material de la medicina, reacciona de modo autónomo, pues tiene su propia dinámica. El alea está

¹ CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, M. P. Liborio Escallón. G. J. XLIX, pp. 116 y ss.

³ Gobert, Michelle. *L'alea thérapeutique en droit civil*. Didier Truchet (Coord.). L'indemnisation de l'alea thérapeutique. Paris: Ed. Sirey, 1995. p. 9.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

siempre presente y esa dosis de incertidumbre que envuelve todavía la ciencia, impide que el médico garantice un resultado concreto.⁴

Así pues, el alea es el criterio de distinción de la obligación de medios, pues la curación de un paciente no depende solamente de los cuidados diligentes del médico, la curación está determinada, en gran parte, por factores que escapan a su acción. En consecuencia, el alea solo permite que el médico se comprometa a emplear los medios cuya naturaleza consienta llegar al resultado deseado, pero no le permite comprometerse a procurar directamente ese resultado. Tal como lo manifiesta la doctrina: *“las incertidumbres de la ciencia, las insuficiencias de los conocimientos médicos y los misterios del cuerpo humano prohíben que se pueda exigir del médico una curación”*.⁵

Hecho No. 5: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Hecho No. 6: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Hecho No. 7: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

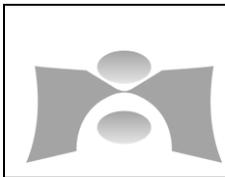
Hecho No. 8: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Hecho No. 9: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Hecho No. 10: NO NOS CONSTA. Son hechos ocurridos por fuera de las instalaciones de la Clínica Meta, por lo cual no tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

⁴ Guzmán, Fernando y Franco, Eduardo. Aspectos probatorios de la responsabilidad civil médica. *Der. Col.*, Vol. 78, n. 444 (1998); p. 532. Para una profundización, Starck Boris, Roland Henri y Boyer Laurent. *Les obligations*. 2. Contrat. Paris: Litec, 1998. p. 409.

⁵ Viney, Geneviève & Jourdain, Patrice, citados también por Petroni-Maudière, Nicole. L'institution d'une obligation de sécurité de résultat à la charge du médecin ou le risque d'une rupture des équilibres fondamentaux du droit de la responsabilité médicale. *Droit Médical* No. 6 (2001); p. 190.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

Hecho No. 11: NO NOS CONSTA. No tenemos la certeza de la veracidad de las afirmaciones realizadas por la parte Demandante, por tal razón nos atenemos a las pruebas conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Hecho No. 12: ES CIERTO.

II. SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

NOS OPONEMOS A TODAS Y CADA UNA DE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA, toda vez que el Demandado actuó conforme con la *lex artis*, con la capacidad médica y tecnológica de acuerdo con su nivel de atención, por lo que no hay ningún actuar culposos que pueda ser le pueda endilgar, por el contrario, actuó de forma diligente y cuidadosa en la atención del Paciente.

PRIMERA: NOS OPONEMOS. Consideramos que las afirmaciones realizadas por el Demandante, al categorizar la atención prestada como negligente, imprudente e inadecuada carece de elementos materiales probatorio que así lo respalden.

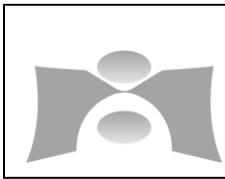
El Demandante pretende endilgar responsabilidad en la Clínica Meta por una presunta falla médica, frente a esto debe tenerse en cuenta la falla en el servicio médico como hecho generador de responsabilidad civil se encuentra delimitado dentro de un régimen subjetivo o también conocido como de culpa probada, queriendo decir con ello que para que se configure el deber de reparación por parte del médico debe existir la demostración del elemento culpa en su actuar, la cual se traduce en su imprudencia, negligencia, impericia o violación a los reglamentos, los cuales en este tema en específico hacen alusión a la Lex Artis la cual reglamenta y direcciona el actuar profesional del galeno, estando en la obligación de cumplir los mandamientos éticos de forma obligatoria pues estos no solamente se traducen en consecuencias disciplinarias sino también jurídicas y pecuniarias como se ha visto.

En lo concerniente a la determinación del tipo de obligación al cual se encuentra supeditado el profesional de la salud a la hora de realizar la diagnosis, se ha dicho por parte de las altas Cortes que a pesar de los grandes avances de la ciencia en el campo de la medicina aquella no es exacta debido a la complejidad del cuerpo humano, por lo que su práctica ha sido considerada una obligación de medios y no de resultados, debiéndose demostrar el elemento culpa en su actuar.

SEGUNDA: NOS OPONEMOS. La demostración de este tipo de responsabilidad se deben establecer y probar unos presupuestos para que surja la culpa, como lo son: la culpa, el daño padecido el cual hace referencia a la lesión física o psíquica de donde se desprende el daño patrimonial y moral que deberá ser reparado y por ultimo deberá demostrarse la relación de causalidad entre la acción u la omisión del galeno y el daño padecido por la víctima, entrando a jugar en este punto un papel protagónico los deberes éticos y jurídicos de atención y cuidado que tienen el medico con sus pacientes, para que de esta manera se pueda atribuir la imputabilidad o la atribución subjetiva a título de dolo o culpa.

TERCERA: NOS OPONEMOS.

CUARTA: NOS OPONEMOS.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

QUINTA: NOS OPONEMOS.

SOLICITO que se declaren probadas las excepciones de mérito que más adelante formulo, y en consecuencia se absuelva al Demandado de las pretensiones de la Demandante.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

Sin perjuicio de la posibilidad que tiene el Despacho de declarar oficiosamente las excepciones de mérito, cuyos hechos constitutivos se encuentren probados en el proceso según lo normado por el artículo 282 del Código General del Proceso, me permito formular las siguientes:

4.1. AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO Y ASISTENCIAL DE LA CLÍNICA META.

Pese a que la parte Demandante en el escrito de demanda hace referencia a una serie de daños que deberán ser debidamente probados y acreditados en el presente proceso, no pueden ser atribuidos a nuestra Institución, rechazamos de plano que el Demandante pretenda atribuir el presunto daño al actuar de la Institución que represento toda vez que al profesional al cual se le indilga una supuesta falla en el servicio es decir al Doctor Jorge Enrique Gutiérrez Parrado medico ortopedista y traumatólogo, no tenía ni tiene ningún tipo de vinculación de ninguna naturaleza con nuestra institución, es decir no presto servicios al demandante en nombre del demandando INVERSIONES CLÍNICA DEL META.

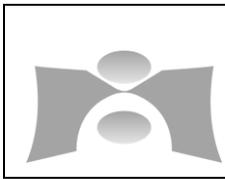
Por otro lado el único profesional que participo en la cirugía de reemplazo de cadera realizada el nueve (09) de junio de 2021, y que si formaba parte del personal de nuestra institución es el doctor Andrés Stevens Rodríguez López medico antesiologo, profesional que presto un servicio medico oportuno y ajustado a lo que se requería en la cirugía programada que se limitó únicamente al campo de la anestesia sin participar o inferir en la cirugía de ortopedia de reemplazo total de cadera izquierda.

Para sustentar nuestra posición respecto a la única intervención del personal médico de la clínica meta se deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. Diligencia y cuidado en la prestación del servicio de salud.

Como quedará probado en el curso de este proceso el Demandado cumplió de manera diligente y oportuna con sus obligaciones contractuales como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), de conformidad con las disposiciones contenidas en el Decreto 1485 de 1994 y artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen dentro de sus funciones la administración del sistema de salud, lo cual comprende entre otros, autorizar las ordenes que requieran los pacientes respecto a exámenes, cirugías, traslados, medicamentos, entre otros, por su parte las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades encargadas de prestar los servicios de salud, siempre y cuando cuenten con las autorizaciones necesarias dadas al paciente por parte de la Entidades Promotoras de Salud (EPS).



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

En concordancia con lo anterior, puede concluirse que el Demandado no incumplió en ningún momento con sus obligaciones legales y contractuales, **el personal médico prestó la atención en salud conforme con los parámetros médicos y el nivel II de atención de la Institución**, por lo que no puede atribuirse a la misma ningún tipo de responsabilidad por acción u omisión.

Deberá tener en cuenta el Despacho que los médicos tratantes, son profesionales con una formación idónea para el cargo desempeñado además de contar con una reconocida experiencia profesional. Mi representada, cumplió con todos los parámetros legales para prestar servicios de salud, según la atención médica requerida por la Paciente.

El Demandado cuenta con la correspondiente habilitación por parte de la Secretaría de Salud del Meta para la prestación de servicios de salud como Institución Prestadora de Servicios (IPS) y para la prestación del servicio de urgencias, entre otros.

4.2. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CAUSA EFICIENTE DEL DAÑO Y LA CONDUCTA DESPLEGADA POR EL DEMANDADO.

Como se explicó en líneas anteriores y de acuerdo con los registros de la historia clínica, el profesional (Dr. Jorge Enrique Gutiérrez Parrado) al que se le atribuye una supuesta falla en el servicio, materializado en la intervención realizada el nueve (09) de junio de 2021, no formaba ni forma parte de los profesionales de nuestra institución, es decir no tuvo ni tiene ningún tipo de contrato con Inversiones Clínica del Meta, por el contrario, el Dr. Gutiérrez forma parte de los profesionales de la red de servicios de su asegurador.

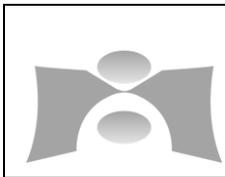
4.3. CULPA EXCLUSIVA DE UN TERCERO - AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA ENTRE LA CLÍNICA Y LOS OTROS CENTROS ASISTENCIALES Y EL ASEGURADOR DEL DEMANDANTE.

En consideración con los hechos de la demanda, de llegar a probarse la existencia de una falla en el servicio de salud, deberá tener en cuenta el Despacho, que el Dr. Jorge Enrique Gutiérrez Parrado, no tenía ningún tipo de contrato con INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A., por el contrario, el profesional mencionado forma parte del personal médico de su asegurador.

En concordancia con lo anterior, y en el evento de que se llegare a probar la existencia de una falla en la prestación del servicio médico, la atribución de la responsabilidad deberá hacerse de manera individualizada.

4.4. OBLIGACIÓN DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS, COMPLICACIONES INHERENTES AL PROCEDIMIENTO MEDICO.

De considerar el Despacho que el facultativo que intervino al demandante tiene relación alguna con la institución que represento, deberá realizarse un análisis exhaustivo del servicio médico prestado al demandante que permita evidenciar la formación profesional y el correcto abordaje del caso y que las presuntas complicaciones no derivan de una negligencia médica, por el contrario se encuentran inherentes a la complejidad del acto médico.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

En concordancia con lo anterior, el médico se compromete, entonces, a aplicar todos los medios que consagra la ciencia médica al servicio de un fin, curar al enfermo, pero no se obliga necesariamente a obtener dicho fin. Así, el médico, en principio, no está facultado para asegurar un determinado resultado, pues la curación no se puede asegurar en su totalidad, ni siquiera en aquellos eventos que corresponden a intervenciones médicas simples, pues para la jurisprudencia *“el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece el cliente o de la no curación”*.⁶

Esta determinación se explica por la presencia de factores imprevisibles en la actuación médica, por los cuales se estima que el hombre no debe responder, es decir, el principio común de las obligaciones de medios radica en el alea que afecta el resultado. En efecto, dado que toda terapia es aleatoria porque la incertidumbre en cuanto a la curación es inherente a la asistencia médica, la responsabilidad del médico únicamente se puede comprometer si él comete una culpa cuya prueba debe aportar el enfermo.⁷

Debe tenerse en cuenta que en el caso de la medicina existen un gran número de sucesos impredecibles y de circunstancias y variables incontrolables, entre otras, la propia anatomía del hombre, las distintas reacciones fisiológicas, la multicausalidad de las enfermedades y lesiones, la variabilidad interpersonal. El organismo vivo, elemento material de la medicina, reacciona de modo autónomo, pues tiene su propia dinámica. El alea está siempre presente y esa dosis de incertidumbre que envuelve todavía la ciencia, impide que el médico garantice un resultado concreto.⁸

Así pues, el alea es el criterio de distinción de la obligación de medios, pues la curación de un paciente no depende solamente de los cuidados diligentes del médico, la curación está determinada, en gran parte, por factores que escapan a su acción. En consecuencia, el alea solo permite que el médico se comprometa a emplear los medios cuya naturaleza consienta llegar al resultado deseado, pero no le permite comprometerse a procurar directamente ese resultado. Tal como lo manifiesta la doctrina: *“las incertidumbres de la ciencia, las insuficiencias de los conocimientos médicos y los misterios del cuerpo humano prohíben que se pueda exigir del médico una curación”*.⁹

V. SOBRE LAS PRUEBAS

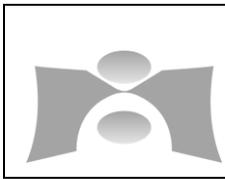
5.1. Documentales:

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, M. P. Liborio Escallón. G. J. XLIX, pp. 116 y ss.

⁷ Gobert, Michelle. *L'alea thérapeutique en droit civil*. Didier Truchet (Coord.). L'indemnisation de l'alea thérapeutique. Paris: Ed. Sirey, 1995. p. 9.

⁸ Guzmán, Fernando y Franco, Eduardo. Aspectos probatorios de la responsabilidad civil médica. *Der. Col.*, Vol. 78, n. 444 (1998); p. 532. Para una profundización, Starck Boris, Roland Henri y Boyer Laurent. *Les obligations*. 2. Contrat. Paris: Litec, 1998. p. 409.

⁹ Viney, Geneviève & Jourdain, Patrice, citados también por Petroni-Maudière, Nicole. L'institution d'une obligation de sécurité de résultat à la charge du médecin ou le risque d'une rupture des équilibres fondamentaux du droit de la responsabilité médicale. *Droit Médical* No. 6 (2001); p. 190.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

- 5.1.1. Certificación de Habilitación por parte de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de salud como IPS al Demandado y para la prestación del servicio de urgencias.
- 5.1.2. Historia Clínica Institucional de la Paciente.
- 5.1.3. Soportes correspondientes de la historia clínica la Paciente.
- 5.1.4. Certificación expedida por la oficina de Gestión Humana.

5.2. Testimoniales:

Solicito al Despacho, se llame a declarar a las siguientes personas las cuales hacen parte del personal médico y el equipo de enfermería, asesor y/o auditor del Demandante. Algunos de los llamados a declarar participaron de manera directa en la atención del Paciente; igualmente otros de los testigos, podrán brindar su conocimiento para esclarecer aspectos dentro de la atención medica prestada. Las personas que se solicitan sean llamadas a declarar, darán a conocer al Despacho las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos a partir de los cuales se instauró la acción o en su defecto nos ilustrarán sobre el origen de los eventos acaecidos, teniendo como soporte la HC.

Todos los testigos que se indican a continuación serán citados a través de este extremo procesal.

- Dr. ANDRÉS STEVENS RODRÍGUEZ LÓPEZ – ANESTESIÓLOGO
- Dr. JORGE ENRIQUE GUTIÉRREZ PARRADO – ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.
- Dr. JORGE MARIO PATARROYO MONTEJO – ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

5.3 Interrogatorio de Parte:

Solicito al Despacho se cite al Demandantes a interrogatorio de parte que se formulará en audiencia por la suscrito.

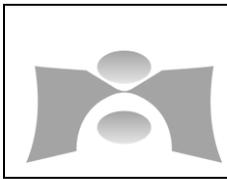
Así mismo solicito al Despacho se me permita participar en el interrogatorio de parte a los Demandados, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 220 y siguientes del Código General del Proceso.

VI. ANEXOS

Los Anexos relacionados en el acápite de pruebas.

VII. NOTIFICACIONES

Para efectos judiciales, en el presente proceso:



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CÓDIGO | PPS |
| VERSIÓN | 01 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/17 |

- Mi representada **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.** recibirá notificaciones en la dirección calle 33 No. 36-50 Barrio El Barzal, Villavicencio, Meta y en el correo electrónico juridica@clinicameta.co.
- El suscrito **MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO**, recibiré notificaciones en la calle 33 No. 36-50 Barrio El Barzal, Villavicencio, Meta y en el correo electrónico jefe.juridica@clinicameta.co.

Del Honorable Señor Juez,

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO

C.C. No. 1.026.266.231 de Bogotá
T.P. 252.678 del C.S. de la J.

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .
GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.
GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., en su sede de prestador CONSULTA EXTERNA CLINICA META del municipio de VILLAVICENCIO - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Código y Nombre del Prestador: | | 5000100321 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. | | | |
| Ni:Nit / CC:Cédula | NI:892000401-7 | Nombre o razón social: | INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. | | |
| Fecha de inscripción: | 2003/04/14 | Fecha de vencimiento: | 2022/08/31 | Clase de prestador: | Instituciones - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | NO | | Carácter Territorial de la Entidad: | | |
| Representante Legal: | JORGE LUIS CRUZ VEGA | | Dirección administrativa: | CALLE 33 NO. 36-50 | |
| Telefono: | 6614400 Ext 1199 | Fax: | | Email: | mbbustos@clinicameta.co |
| Municipio: | VILLAVICENCIO | | Departamento: | META | |

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|---------------------|-------------|------------|--------------------|-------------------|
| MATRÍCULA MERCANTIL | 0 | 0 | | VILLAVICENCIO |

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMDD)

SEDE PRINCIPAL.

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--|--------------------|------------|-------------------------|
| Código y Nombre Sede Principal: | | 500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. | | | |
| Dirección: | CALLE 33 NO. 36-50 | | Barrio: | | |
| Telefono: | 6614400 Ext 1199 | Fax: | | Email: | mbbustos@clinicameta.co |
| Gerente: | JORGE LUIS CRUZ VEGA | | Fecha de Apertura: | 2003/04/14 | |

| | | | |
|------------|---------------|---------------|------|
| Municipio: | VILLAVICENCIO | Departamento: | META |
|------------|---------------|---------------|------|

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

| | | | |
|-----------------------|--|--------------------|-------------------------|
| Código y Nombre Sede: | 500010032105 - CONSULTA EXTERNA CLINICA META | | |
| Dirección: | CALLE 32 NO. 33-17 TERCER PISO | Barrio: | BARZAL |
| Telefono: | 6614400 | Fax: | 6614400 |
| | | Email: | mbbustos@clanicameta.co |
| Gerente: | JORGE LUIS CRUZ VEGA | Fecha de Apertura: | 2020/12/19 |
| Municipio: | VILLAVICENCIO | Departamento: | META |

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de acreditación en salud para esta sede del prestador.

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

| GRUPO SER | COD SER | NOMBRE SERVICIO | M-INT | M-EXT | M-UM | M-DM | M-JS | M-TEL | M-PR | M-PRTI | M-PRTNI | M-PRTE | M-PRTM | M-PRE | M-PRETE | M-PRETM | COMPL | FECHA APERTURA-(AAAAMDD) | DISTINTIVO |
|------------------|---------|----------------------------------|-------|-------|------|------|------|-------|------|--------|---------|--------|--------|-------|---------|---------|-------|--------------------------|-------------|
| CONSULTA EXTERNA | 301 | ANESTESIA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263295 |
| CONSULTA EXTERNA | 302 | CARDIOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263296 |
| CONSULTA EXTERNA | 303 | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263297 |
| CONSULTA EXTERNA | 304 | CIRUGÍA GENERAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263298 |
| CONSULTA EXTERNA | 306 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263299 |
| CONSULTA EXTERNA | 308 | DERMATOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263300 |
| CONSULTA EXTERNA | 316 | GASTROENTEROLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263301 |
| CONSULTA EXTERNA | 320 | GINECOBSTERICIA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263302 |
| CONSULTA EXTERNA | 326 | MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20210702 | DHSS0158603 |
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263303 |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20201219 | DHSS0263304 |
| CONSULTA EXTERNA | 329 | MEDICINA INTERNA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263305 |
| CONSULTA EXTERNA | 331 | NEUMOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263306 |
| CONSULTA EXTERNA | 332 | NEUROLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263307 |
| CONSULTA EXTERNA | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20201219 | DHSS0263308 |
| CONSULTA EXTERNA | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263309 |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20201219 | DHSS0263310 |
| CONSULTA EXTERNA | 355 | UROLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263311 |
| CONSULTA EXTERNA | 356 | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20201219 | DHSS0263312 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|------------|
| CONSULTA EXTERNA | 361 | CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026331 |
| CONSULTA EXTERNA | 363 | CIRUGÍA DE MANO | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026331 |
| CONSULTA EXTERNA | 366 | CIRUGÍA DE TÓRAX | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026331 |
| CONSULTA EXTERNA | 367 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026331 |
| CONSULTA EXTERNA | 369 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026331 |
| CONSULTA EXTERNA | 387 | NEUROCIRUGÍA | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026331 |
| CONSULTA EXTERNA | 411 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026331 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL | SI | NO | SC | 20210702 | DHSS015860 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI | NO | SC | 20210702 | DHSS015860 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 742 | DIAGNÓSTICO VASCULAR | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026332 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 745 | IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | SI | NO | M | 20201219 | DHSS026332 |

CONVENCIONES:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| M-INT: Modalidad Intramural | M-EXT: Modalidad Extraamural | M-UM : Modalidad Unidad Móvil | M-DOM: Modalidad Domiciliario | M-JS : Modalidad Jornada de Salud | M-TEL: Modalidad Telemedicina |
| M-PR : Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina | M-PRTI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva | M-PRTNI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva | M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia | M-PRTM: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo | M-PRE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina |
| M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia | M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo | COMPL : Complejidad. *SC: SIN COMPLEJIDAD | | | |

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------------|---------|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| CONSULTA EXTERNA | 301 | ANESTESIA | | 08:00A18:30 | 13:30A18:00 | 13:30A18:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 302 | CARDIOLOGÍA | | | | 10:00A13:00 | 10:00A13:00 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 303 | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | | 14:00A18:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 304 | CIRUGÍA GENERAL | 07:00A18:00 | 14:00A18:00 | 07:00A11:00 | 08:00A11:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 306 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA | | 14:00A17:00 | 14:00A17:00 | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 308 | DERMATOLOGÍA | 07:00A08:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 316 | GASTROENTEROLOGÍA | | | | | 07:00A09:00 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 320 | GINECOBSTERICIA | 07:00A12:00 | | 14:00A19:00 | 07:00A18:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 326 | MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 08:00A13:00 | |
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 14:00A18:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | 07:00A13:00 | 07:00A13:00 | 07:00A13:00 | 07:00A13:00 | 07:00A13:00 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 329 | MEDICINA INTERNA | 14:00A18:00 | | 13:00A18:00 | 13:00A14:00 | 14:00A18:00 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 331 | NEUMOLOGÍA | | 07:00A08:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 332 | NEUROLOGÍA | 10:00A12:00 | | 15:00A18:30 | 15:00A18:30 | 15:00A18:30 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 07:00A10:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | 13:00A18:00 | 07:00A18:00 | 07:00A12:00 | 09:00A18:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | | | 14:00A17:00 | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 355 | UROLOGÍA | 07:00A09:00 | 12:00A18:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 356 | OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD | | | 08:00A09:00 | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 361 | CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA | 08:00A10:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 363 | CIRUGÍA DE MANO | | 07:00A11:00 | | 07:00A11:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 366 | CIRUGÍA DE TÓRAX | 07:00A11:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 367 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | | | 07:00A11:00 | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 369 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | | | | | 07:00A12:00 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 387 | NEUROCIRUGÍA | 08:00A11:00 | | | 11:00A14:00 | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| CONSULTA EXTERNA | 411 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL | | | 13:00A16:00 | | | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 08:00A13:00 | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 07:00A17:00 | 08:00A13:00 | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 742 | DIAGNÓSTICO VASCULAR | 10:00A14:00 | 10:00A14:00 | 10:00A14:00 | 10:00A14:00 | 10:00A14:00 | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 745 | IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | | | | 10:00A13:00 | 10:00A13:00 | | |

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|-----------------|------------------|----------|
| CONSULTORIOS | CONSULTA EXTERNA | 14 |
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 3 |

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META,
GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.
GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., en su sede de prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. del municipio de VILLAVICENCIO - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Código y Nombre del Prestador: | | 5000100321 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. | | | |
| Ni:Nit / CC:Cédula | Ni:892000401-7 | Nombre o razón social: | INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. | | |
| Fecha de inscripción: | 2003/04/14 | Fecha de vencimiento: | 2022/08/31 | Clase de prestador: | Instituciones - IPS |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | NO | | Carácter Territorial de la Entidad: | | |
| Representante Legal: | JORGE LUIS CRUZ VEGA | | Dirección administrativa: | CALLE 33 NO. 36-50 | |
| Telefono: | 6614400 Ext 1199 | Fax: | | Email: | mbbustos@clinicameta.co |
| Municipio: | VILLAVICENCIO | | Departamento: | META | |

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|---------------------|-------------|------------|--------------------|-------------------|
| MATRÍCULA MERCANTIL | 0 | 0 | | VILLAVICENCIO |

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMDD)

SEDE PRINCIPAL.

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--|--------------------|------------|-------------------------|
| Código y Nombre Sede Principal: | | 500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. | | | |
| Dirección: | CALLE 33 NO. 36-50 | | Barrio: | | |
| Telefono: | 6614400 Ext 1199 | Fax: | | Email: | mbbustos@clinicameta.co |
| Gerente: | JORGE LUIS CRUZ VEGA | | Fecha de Apertura: | 2003/04/14 | |

| | | | |
|------------|---------------|---------------|------|
| Municipio: | VILLAVICENCIO | Departamento: | META |
|------------|---------------|---------------|------|

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

| | | | |
|-----------------------|--|--------------------|-------------------------|
| Código y Nombre Sede: | 500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. | | |
| Dirección: | CALLE 33 NO. 36-50 | Barrio: | |
| Telefono: | 6614400 Ext 1199 | Fax: | |
| | | Email: | mbbustos@clanicameta.co |
| Gerente: | JORGE LUIS CRUZ VEGA | Fecha de Apertura: | 2003/04/14 |
| Municipio: | VILLAVICENCIO | Departamento: | META |

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de acreditación en salud para esta sede del prestador.

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

| GRUPO SER | COD SER | NOMBRE SERVICIO | M-INT | M-EXT | M-UM | M-DOM | M-JS | M-TEL | M-PR | M-PRTI | M-PRTN | M-PRTE | M-PRTM | M-PRE | M-PRETE | M-PRETM | COMPL | FECHA APERTURA- (AAAAMDD) | DISTINTIVO |
|-------------|---------|--------------------------------|-------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|--------|--------|--------|-------|---------|---------|-------|---------------------------|-------------|
| INTERNACION | 105 | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20161129 | DHSS0263205 |
| INTERNACION | 107 | CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20151020 | DHSS0263206 |
| INTERNACION | 108 | CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | A | 20061117 | DHSS0263207 |
| INTERNACION | 110 | CUIDADO INTENSIVO ADULTOS | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | A | 20061117 | DHSS0263208 |
| INTERNACION | 120 | CUIDADO BÁSICO NEONATAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20171023 | DHSS0263209 |
| INTERNACION | 129 | HOSPITALIZACIÓN ADULTOS | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | A | 20030414 | DHSS0263210 |
| INTERNACION | 130 | HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | A | 20030414 | DHSS0263211 |
| QUIRÚRGICOS | 202 | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | A | 20201103 | DHSS0263212 |
| QUIRÚRGICOS | 203 | CIRUGÍA GENERAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20030414 | DHSS0263213 |
| QUIRÚRGICOS | 204 | CIRUGÍA GINECOLÓGICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20030414 | DHSS0263214 |
| QUIRÚRGICOS | 205 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20030414 | DHSS0263215 |
| QUIRÚRGICOS | 207 | CIRUGÍA ORTOPÉDICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | A | 20030414 | DHSS0263216 |
| QUIRÚRGICOS | 208 | CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20030414 | DHSS0263217 |
| QUIRÚRGICOS | 209 | CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20030414 | DHSS0263218 |
| QUIRÚRGICOS | 210 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | A | 20210524 | DHSS0124195 |
| QUIRÚRGICOS | 212 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20061117 | DHSS0263219 |
| QUIRÚRGICOS | 213 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20030414 | DHSS0263220 |
| QUIRÚRGICOS | 214 | CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20210209 | DHSS0263221 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----------|------------|
| QUIRÚRGICOS | 215 | CIRUGÍA UROLÓGICA | SI | NO | A | 20030414 | DHSS026322 |
| QUIRÚRGICOS | 217 | OTRAS CIRUGÍAS | SI | NO | M | 20180402 | DHSS026322 |
| QUIRÚRGICOS | 227 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA | SI | NO | A | 20210524 | DHSS012420 |
| QUIRÚRGICOS | 231 | CIRUGÍA DE LA MANO | SI | NO | M | 20130510 | DHSS026322 |
| QUIRÚRGICOS | 232 | CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS | SI | NO | A | 20210524 | DHSS012420 |
| QUIRÚRGICOS | 234 | CIRUGÍA DE TÓRAX | SI | NO | A | 20110317 | DHSS026322 |
| QUIRÚRGICOS | 235 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | SI | NO | M | 20140903 | DHSS026322 |
| QUIRÚRGICOS | 237 | CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA | SI | NO | A | 20210524 | DHSS012420 |
| QUIRÚRGICOS | 245 | NEUROCIRUGÍA | SI | NO | A | 20161129 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 301 | ANESTESIA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 302 | CARDIOLOGÍA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 304 | CIRUGÍA GENERAL | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 306 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA | SI | NO | M | 20140903 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 308 | DERMATOLOGÍA | SI | NO | M | 20070716 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 312 | ENFERMERÍA | SI | NO | B | 20030414 | DHSS023306 |
| CONSULTA EXTERNA | 316 | GASTROENTEROLOGÍA | SI | NO | M | 20130510 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 320 | GINECOBSTERICIA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 323 | INFECTOLOGÍA | SI | NO | M | 20171023 | DHSS023306 |
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | SI | NO | M | 20111020 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI | NO | B | 20170920 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 329 | MEDICINA INTERNA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 331 | NEUMOLOGÍA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 332 | NEUROLOGÍA | SI | NO | M | 20061117 | DHSS026322 |
| CONSULTA EXTERNA | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | SI | NO | B | 20030414 | DHSS026324 |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | SI | NO | B | 20180712 | DHSS023306 |
| CONSULTA EXTERNA | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026324 |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI | NO | B | 20030414 | DHSS026324 |
| CONSULTA EXTERNA | 355 | UROLOGÍA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS026324 |
| CONSULTA EXTERNA | 361 | CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA | SI | NO | M | 20140903 | DHSS026324 |
| CONSULTA EXTERNA | 363 | CIRUGÍA DE MANO | SI | NO | M | 20130510 | DHSS026324 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|-------------|
| CONSULTA EXTERNA | 366 | CIRUGÍA DE TÓRAX | SI | NO | M | 20140903 | DHSS0263246 |
| CONSULTA EXTERNA | 367 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | SI | NO | M | 20140903 | DHSS0263247 |
| CONSULTA EXTERNA | 369 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | SI | NO | M | 20030414 | DHSS0263248 |
| CONSULTA EXTERNA | 372 | CIRUGÍA VASCULAR | SI | NO | M | 20210209 | DHSS0263249 |
| CONSULTA EXTERNA | 387 | NEUROCIRUGÍA | SI | NO | M | 20140903 | DHSS0263250 |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | SI | NO | M | 20090331 | DHSS0263251 |
| CONSULTA EXTERNA | 411 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL | SI | NO | M | 20140903 | DHSS0263252 |
| CONSULTA EXTERNA | 420 | VACUNACIÓN | SI | NO | B | 20161229 | DHSS0263253 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 706 | LABORATORIO CLÍNICO | SI | NO | SC | 20171116 | DHSS0263254 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | SI | NO | SC | 20171116 | DHSS0263255 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 714 | SERVICIO FARMACÉUTICO | SI | NO | M | 20030414 | DHSS0263256 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 717 | LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS | SI | NO | SC | 20090331 | DHSS0263257 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL | SI | NO | SC | 20181003 | DHSS0263258 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 729 | TERAPIA RESPIRATORIA | SI | NO | SC | 20140903 | DHSS0263259 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 731 | LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA | SI | NO | SC | 20140903 | DHSS0263260 |

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|--------------------|---------|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| INTERNACIÓN | 105 | CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | 00:00A23:59 |
| INTERNACIÓN | 107 | CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS | 00:00A23:59 |
| INTERNACIÓN | 108 | CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | 00:00A23:59 |
| INTERNACIÓN | 110 | CUIDADO INTENSIVO ADULTOS | 00:00A23:59 |
| INTERNACIÓN | 120 | CUIDADO BÁSICO NEONATAL | 00:00A23:59 |
| INTERNACIÓN | 129 | HOSPITALIZACIÓN ADULTOS | 00:00A23:59 |
| INTERNACIÓN | 130 | HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA | 00:00A23:59 |
| QUIRÚRGICOS | 202 | CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | | | | | | 07:00A19:00 | |
| QUIRÚRGICOS | 203 | CIRUGÍA GENERAL | 00:00A23:59 |
| QUIRÚRGICOS | 204 | CIRUGÍA GINECOLÓGICA | 00:00A23:59 |
| QUIRÚRGICOS | 205 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL | 07:00A23:00 |
| QUIRÚRGICOS | 207 | CIRUGÍA ORTOPÉDICA | 00:00A23:59 |
| QUIRÚRGICOS | 208 | CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA | | | | 07:00A11:00 | | | |
| QUIRÚRGICOS | 209 | CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA | | | | | 07:00A09:00 | | |
| QUIRÚRGICOS | 210 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA | 13:00A19:00 | | | | | 07:00A13:00 | |
| QUIRÚRGICOS | 212 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA | 00:00A23:59 |
| QUIRÚRGICOS | 213 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | 07:00A23:00 |
| QUIRÚRGICOS | 214 | CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA | | | | | 10:00A13:00 | | |
| QUIRÚRGICOS | 215 | CIRUGÍA UROLÓGICA | 00:00A23:59 |
| QUIRÚRGICOS | 217 | OTRAS CIRUGÍAS | | | | | | 07:00A13:00 | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|-----|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| QUIRÚRGICOS | 227 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA | | 13:00A19:00 | | | | 07:00A13:00 | |
| QUIRÚRGICOS | 231 | CIRUGÍA DE LA MANO | | 13:00A19:00 | | | 07:00A19:00 | | |
| QUIRÚRGICOS | 232 | CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS | | 13:00A19:00 | | | | 07:00A13:00 | |
| QUIRÚRGICOS | 234 | CIRUGÍA DE TÓRAX | | | | | 07:00A13:00 | | |
| QUIRÚRGICOS | 235 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | 00:00A23:59 |
| QUIRÚRGICOS | 237 | CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA | | | | | | 07:00A13:00 | |
| QUIRÚRGICOS | 245 | NEUROCIRUGÍA | 00:00A23:59 |
| CONSULTA EXTERNA | 301 | ANESTESIA | 07:00A08:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 302 | CARDIOLOGÍA | 08:00A09:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 304 | CIRUGÍA GENERAL | | 08:00A09:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 306 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA | | | 09:00A10:00 | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 308 | DERMATOLOGÍA | | | 10:00A11:00 | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 312 | ENFERMERÍA | | | | 09:00A10:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 316 | GASTROENTEROLOGÍA | | | | 10:00A11:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 320 | GINECOBSTERICIA | | | | | 10:00A11:00 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 323 | INFECTOLOGÍA | | | | | | 08:00A09:00 | |
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | | | | | 11:00A12:00 | | |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | 00:00A23:59 |
| CONSULTA EXTERNA | 329 | MEDICINA INTERNA | 07:00A08:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 331 | NEUMOLOGÍA | 08:00A09:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 332 | NEUROLOGÍA | | 07:00A08:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | | 08:00A09:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 337 | OPTOMETRÍA | | 14:00A16:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | | | 10:00A11:00 | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | | | | 09:00A10:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 355 | UROLOGÍA | | | | 10:00A11:00 | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | 07:00A19:00 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 742 | DIAGNÓSTICO VASCULAR | | 07:00A17:00 | | | 07:00A19:00 | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 743 | HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO | 07:00A19:00 | | 07:00A19:00 | | 07:00A19:00 | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 744 | IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES | 00:00A23:59 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 745 | IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | 00:00A23:59 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 746 | GESTION PRE-TRANSFUSIONAL | 00:00A23:59 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 747 | PATOLOGÍA | 07:30A17:00 | 07:30A17:00 | 07:30A17:00 | 07:30A17:00 | 07:30A17:00 | | |
| ATENCIÓN INMEDIATA | 1101 | ATENCIÓN DEL PARTO | 00:00A23:59 |
| ATENCIÓN INMEDIATA | 1102 | URGENCIAS | 00:00A23:59 |

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | ESPECIFICIDAD |
|--------------------|---------|------------------------------|---|
| QUIRÚRGICOS | 203 | CIRUGÍA GENERAL | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 204 | CIRUGÍA GINECOLÓGICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 205 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 205 | CIRUGÍA MAXILOFACIAL | TRASPLANTE DE PIEL |
| QUIRÚRGICOS | 207 | CIRUGÍA ORTOPÉDICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 207 | CIRUGÍA ORTOPÉDICA | TRASPLANTE OSTEOMÚSCULAR |
| QUIRÚRGICOS | 208 | CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 209 | CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 210 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 210 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA | TRASPLANTE DE PIEL |
| QUIRÚRGICOS | 212 | CIRUGÍA PEDIÁTRICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |

| | | | |
|-------------|-----|---|---|
| QUIRÚRGICOS | 213 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 213 | CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | TRASPLANTE DE PIEL |
| QUIRÚRGICOS | 214 | CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 215 | CIRUGÍA UROLÓGICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 217 | OTRAS CIRUGÍAS | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 227 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA | TRASPLANTE DE PIEL |
| QUIRÚRGICOS | 227 | CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA | TRASPLANTE OSTEOMÚSCULAR |
| QUIRÚRGICOS | 231 | CIRUGÍA DE LA MANO | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 232 | CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS | ATENCIÓN PACIENTE ONCOLÓGICO |
| QUIRÚRGICOS | 232 | CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 234 | CIRUGÍA DE TÓRAX | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 235 | CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 237 | CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA | PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS |
| QUIRÚRGICOS | 237 | CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA | TRASPLANTE DE PIEL |
| QUIRÚRGICOS | 245 | NEUROCIRUGÍA | TRASPLANTE DE PIEL |

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|-----------------|--------------------------------|----------|
| CAMAS | PEDIÁTRICA | 4 |
| CAMAS | ADULTOS | 55 |
| CAMAS | TPR | 9 |
| CAMAS | INCUBADORA INTERMEDIA NEONATAL | 5 |
| CAMAS | INTERMEDIA ADULTOS | 1 |
| CAMAS | INCUBADORA INTENSIVA NEONATAL | 8 |
| CAMAS | INTENSIVA ADULTOS | 15 |
| CAMAS | INCUBADORA BÁSICO NEONATAL | 3 |
| CAMILLAS | OBSERVACIÓN ADULTOS HOMBRES | 20 |
| CAMILLAS | OBSERVACIÓN ADULTOS MUJERES | 23 |
| CAMILLAS | OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA | 6 |
| CONSULTORIOS | URGENCIAS | 6 |
| CONSULTORIOS | CONSULTA EXTERNA | 4 |
| SALAS | SALA DE CIRUGÍA | 6 |
| SALAS | PARTOS | 1 |
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 1 |

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.).



ZANDRA YARLEY ROJAS BONILLA.

GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Versión 3.0.

Fecha de impresión: miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.).



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

HISTORIA CLÍNICA

HC EVALUACION PRE - ANESTESICA

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nombre Paciente PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | | DOCUMENTO / HISTORIA 7514840 | |
| Edad 70 Años / 5 Meses / 17 Días | Sexo Masculino | Estado Civil Casado | |
| Fecha Nacimiento 07/05/1952 | Dirección CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | Telefono 3153261177-3102764741 | |
| Procedencia VILLAVICENCIO | Ingreso 40085 | Fecha Ingreso 15/03/2021 8:31:14 a. m. | |

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | |
|--|---|----------------------------|
| Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Regimen Contributivo | Estrato COTIZANTE A |
| Nombre Acudiente | Telefono | Parentesco |
| Nombre Acompañante | Telefono | |
| FOLIO N° 1 | Fecha/Hora inicio Folio 15/03/2021 8:49:24 a. m. | |
| Fecha/Hora Grabación 15/03/2021 8:58:11 a. m. | Fecha/Hora Confirmación 15/03/2021 8:58:11 a. m. | |

INFORMANTE: PACIENTE
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUIEN REFIERE PRESENTAR DOLOR EN CADERA IZQUIERDA DESDE HACE 2 AÑOS
DX PREQUIRURGICO: ARTROSIS DE CADERA
PROCEDIMIENTO PROPUESTO: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA

ANTECEDENTES RELEVANTES PARA ANESTESIA

HTA TRATADO CON LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS/AMLODIPINO 5 MG/DIAARTROSIS NAPROXENO OCASIONALNIEGA ALERGIASMANGA GASTRICA HACE 10 AÑOS ANESTESIA GENERALA SCVARICORICOELECTOMIA IZQUIERDO BAR RETENCION URINARIA CORECCION DEDO EN GATILLO MANO DERECHA ANESTESIA LOCAL

CLASE FUNCIONAL : I

EXAMEN FISICO

TA : 124 / 75 **TAM :** **FC :** 72 **FR :** 16 **PESO :** 93 **TALLA :** 182 **IMC :** **SaO2:** 97 %
Ojos : Pupilas : Isocóricas Anisocóricas **Conjuntiva Tarsal :** Hiperémica Rosada Pálida
Mallanpati : II **Apertura Oral :** 4,0 **Dientes :** Normal Mal Estado **Edentulo en :** SI
Protesis dental : Superior : Total Parcial Fija Removible Inferior : Total Parcial Fija Removible
Cuello : Flexoextensión : Normal **Traquea :** NORMAL **Distancia Mentotiroides :** NORMAL
Genitourinario y Neurologico NORMAL
TÓRAX: Normal
CARDIO / PULMONAR: Normal
ABDOMEN: Normal
EXTREMIDADES: Normal

PARACLINICOS

FECHA DE LOS PARACLINICOS: 9 de marzo de 2021

Hb : 11,3 g/dl **Hcto :** 36,7 % **Glicemia :** 90,4 mg/dl **Creatinina :** 0,8 mgrs % **Hemoclasificación :**
PT : 12,3 / 0,0 **PTT :** 29,4 / 0,0 **INR :** 1,0 **Plaquetas :** 247,0 **Albumina :** 0,0 **Sodio :** 0,0 **Potasio :** 0,0
Cloro : 0,0 **BUM:** 13,8 **ASA :**
HEMOCLASIFICACIÓN: A **RH:** Positivo

ECG : RITMO SINUSAL

RX TÓRAX:

PLAN ANESTESIA: PROGRAMAR CIRUGIA REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDAAYUNO 8 HORAS PREVIOSTOMAR LOSARATN 50 MG DIA DE LA CIRUGIARESERVAR 2 UNIDADES DE COINCENTRADO GLOBULARAMESTESIA REGIONAL

INTUBACIÓN DIFICIL: No

OTROS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Si

OBSERVACIONES: SE ATIENDE PACIENTE UTILIZANDO EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADO POR INSTITUCION Y OMS

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|--|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> Definitivo |



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. HISTORIA CLÍNICA

HC EVALUACION PRE - ANESTESICA

DATOS PERSONALES

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Nombre Paciente | PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | DOCUMENTO / HISTORIA | 7514840 |
| Edad | 70 Años / 5 Meses / 17 Días | Sexo | Masculino |
| Fecha Nacimiento | 07/05/1952 | Estado Civil | Casado |
| Procedencia | VILLAVICENCIO | Direccion | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA |
| | | Ingreso | 40085 |
| | | Telefono | 3153261177-3102764741 |
| | | Fecha Ingreso | 15/03/2021 8:31:14 a. m. |

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------|
| Entidad | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Regimen | Contributivo | Estrato | COTIZANTE A |
| Nombre Acudiente | | Telefono | | Parentesco | |
| Nombre Acompañante | | Telefono | | | |
| FOLIO N° 1 | | Fecha/Hora inicio Folio | 15/03/2021 8:49:24 a. m. | | |
| Fecha/Hora Grabación | 15/03/2021 8:58:11 a. m. | Fecha/Hora Confirmación | 15/03/2021 8:58:11 a. m. | | |

EXAMENES SOLICITADOS

| NOMBRE | OBSERVACIONES |
|---|---------------|
| HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA | |

R.M.: 1045752224
Anestesiología

Profesional: CARDOZO SANDOVAL MARIA HERCILIA
R . M . : 1045752224
ANESTESIOLOGIA



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

HISTORIA CLÍNICA

HC REGISTRO ANESTESICO

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------------------|
| Nombre Paciente PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | | DOCUMENTO / HISTORIA | 7514840 |
| Edad 70 Años / 5 Meses / 17 Días | Sexo Masculino | Estado Civil | Casado |
| Fecha Nacimiento 07/05/1952 | Direccion CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | Telefono | 3153261177-3102764741 |
| Procedencia VILLAVICENCIO | Ingreso 69070 | Fecha Ingreso | 9/06/2021 11:44:55 |

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | |
|--|--------------------------------|----------------------------|
| Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Regimen Contributivo | Estrato COTIZANTE A |
| Nombre Acudiente | Telefono | Parentesco ESPOSA |
| Nombre Acompañante MARTHA LUCIA GARZON | Telefono 3102764741 | |
| FOLIO N° 2 | Fecha/Hora inicio Folio | 9/06/2021 13:17:36 |
| Fecha/Hora Grabación 9/06/2021 15:08:07 | Fecha/Hora Confirmación | 9/06/2021 15:08:07 |

Premedicación:

Efecto:

LINEA VENOSA

| | | | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------|
| Calibre: | Sitio: | | | Canalizada en: | |
| Volemia: | c.c. | Deficit de liquidos: | c.c. | Mantenimiento: | c.c. Sangrado permisible: |
| Sexo: MASCULINO | Peso: 92 | Kg. | Ayuno: 8 | Horas. ASA: I | Tipo de Cirugia: PROGRAMADA |

Diagnostico Pre-operatorio: M161 OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS

Diagnostico Post-operatorio:

PROCEDIMIENTO (INTERVENCIONES):

SE VALORA EN SALA DE QX DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA INSTITUCION POR PANDEMIA SARS-COVID-19, SE UTILIZAN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADOS POR LA CLINICA, LAVADO DE MANOS EN 5 MOMENTOS, SE INDAGA POR SINTOMAS RESPIRATORIOS LOS CUALES NIEGA, SE INDAGA POR VIAJES EN LOS ULTIMOS 14 DIAS A CIUDAD YO PAIS CON VIRUS CIRCULANTE LO CUAL NIEGA, TODO ESTO SIGUIENDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONALES Y DEL MINISTERIO DE SALUD POR PANDEMIA COVID-19

INDUCCION

BAJO LIMPIEZA QUIMICA, EN REGION LUMBAR SE COLOCA CAMPOS ESTERILES Y SE PROCEDE PUNCION EN REGION LUMBAR CON AGUJA NÂ° 27 EN L2-L3, CON SALIDA DE LCR CLARO SE ADMINISTRA MEZCLA ANESTESICA CON BUPIVACIANA PESADA 17. 5 MG + .1MG DE MORFINA EN POSICIA°N SENTADA.

SE COROBORA NIVEL ANESTESICO; MOTOR Y SENSITIVO EN D10 Y SE INICIA ACTO QUIRURGICO. TRANSOPERATORIO CON HEMODINAMIA ESTABLE,

SE TERMINA ACTO QUIRURGICO, SALE PACIENTE ESTABLE CON RESPIRACION ESPONTANEA, CON BLOQUEO MOTOR Y SENSITIVO PRESENTE

Cirujanos: GUTIERREZ **Anestesiólogo :** A. RODRIGUEZ

TECNICA GENERAL: INHALATORIA ENDOVENOSA BALANCEADA TIVA

REGIONAL: EPIDURAL SUBARACNOIDEA OTROS

Espacio: L2 L3 **Cateter N°:** **Aguja:** 27 **Nivel:** D10 **Bloqueo:** MOTOR Y SENSITIVO

VIA AEREA: CANULA NASAL MASCARA FACIAL TRAQUEOSTOMIA **No. TUBO ENDOTRAQUEAL:** IOT INT **No.**

Dificultad: VIENE ENTUBADO MASCARA LARINGEA

VENTILACION: ESPONTANEA MANUAL ASISTIDA CONTROLADA MECANICA **Frecuencia (min):** **Vol. Corriente:**

CIRCUITO RESPIRATORIO: SEMICERRADO SEMIABIERTO CERRADO ABIERTO **POSICION:** SUPINO PRONO

LATERAL: IZQ DER. GINECOLOGICA DELITOTOMIA SENTADO TRENDELENBURG TREDELENBURG INV

FOWLER SEMIFOWLER

Fecha Cirugia: 9/06/2021

Hora entrada a salas: 13:15

Inicio Anestesia: 13:30

Inicio Cirugia: 14:00

Final Cirugia: 15:00

Final anestesia:

Hora salida salas: 15:10

DATOS DE SIGNOS VITALES - RECORD ANESTESIA



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

HISTORIA CLÍNICA

HC REGISTRO ANESTESICO

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------------------|
| Nombre Paciente PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | | DOCUMENTO / HISTORIA | 7514840 |
| Edad 70 Años / 5 Meses / 17 Días | Sexo Masculino | Estado Civil | Casado |
| Fecha Nacimiento 07/05/1952 | Direccion CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | Telefono | 3153261177-3102764741 |
| Procedencia VILLAVICENCIO | Ingreso 69070 | Fecha Ingreso | 9/06/2021 11:44:55 |

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | |
|--|--------------------------------|----------------------------|
| Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Regimen Contributivo | Estrato COTIZANTE A |
| Nombre Acudiente | Telefono | Parentesco ESPOSA |
| Nombre Acompañante MARTHA LUCIA GARZON | Telefono 3102764741 | |
| FOLIO N° 2 | Fecha/Hora inicio Folio | 9/06/2021 13:17:36 |
| Fecha/Hora Grabación 9/06/2021 15:08:07 | Fecha/Hora Confirmación | 9/06/2021 15:08:07 |

| HORA | P.A.S | P.A.D | P.A.M | FC | P.A.I | SAO2 | CO2 |
|-------|-------|-------|-------|----|-------|------|-----|
| 13:15 | 161 | 84 | | 87 | | 98 | |
| 13:20 | 154 | 75 | | 84 | | 98 | |
| 13:25 | 123 | 77 | | 86 | | 98 | |
| 13:30 | 100 | 74 | | 81 | | 98 | |
| 13:35 | 102 | 76 | | 82 | | 98 | |
| 13:40 | 103 | 75 | | 79 | | 98 | |
| 13:45 | 110 | 72 | | 77 | | 98 | |
| 13:50 | 101 | 71 | | 72 | | 98 | |
| 13:55 | 102 | 68 | | 71 | | 98 | |
| 14:00 | 104 | 61 | | 76 | | 98 | |
| 14:05 | 110 | 73 | | 73 | | 98 | |
| 14:10 | 98 | 58 | | 71 | | 98 | |
| 14:15 | 100 | 61 | | 71 | | 98 | |
| 14:20 | 102 | 61 | | 72 | | 98 | |
| 14:25 | 121 | 62 | | 73 | | 98 | |
| 14:30 | 101 | 63 | | 71 | | 98 | |
| 14:35 | 114 | 64 | | 72 | | 98 | |
| 14:40 | 105 | 65 | | 73 | | 98 | |
| 14:45 | 110 | 67 | | 75 | | 98 | |
| 14:50 | 113 | 68 | | 71 | | 98 | |
| 14:55 | 116 | 69 | | 71 | | 98 | |
| 15:00 | 118 | 67 | | 78 | | 98 | |
| 15:05 | 120 | 61 | | 71 | | 98 | |



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. HISTORIA CLÍNICA

HC REGISTRO ANESTESICO

DATOS PERSONALES

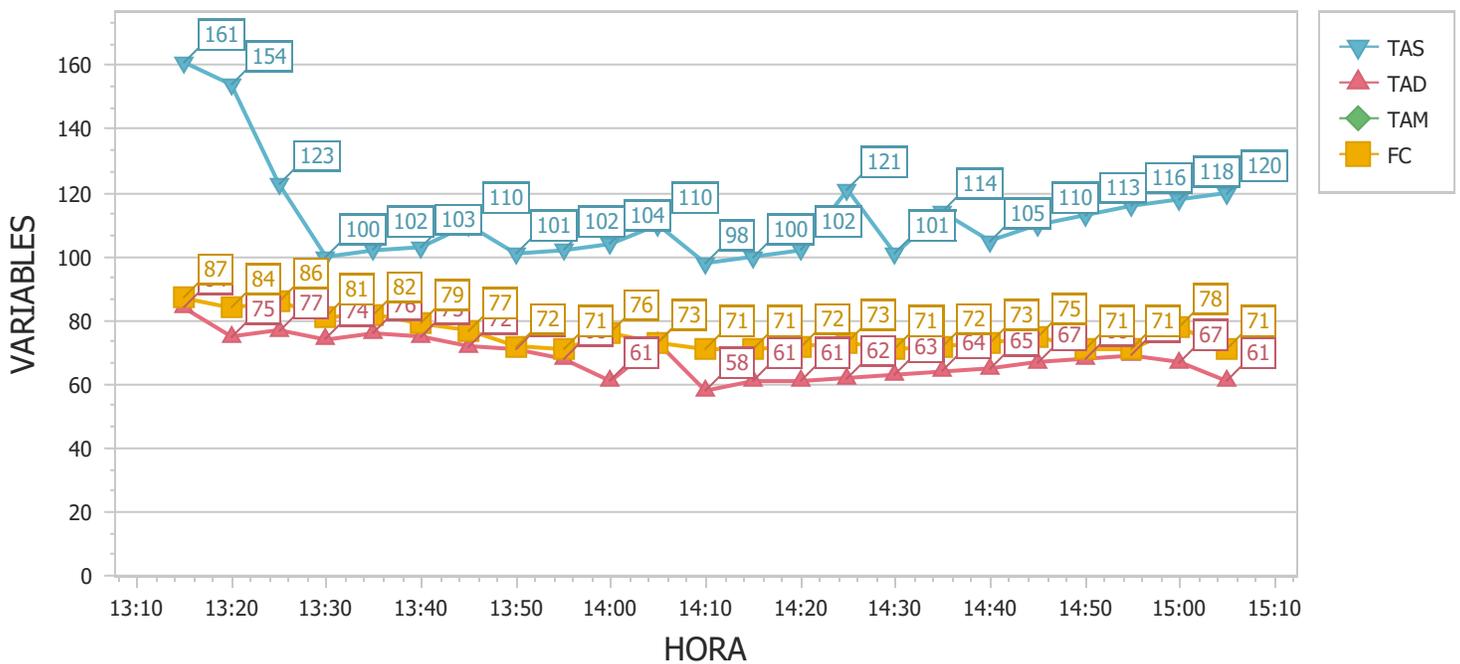
| | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| Nombre Paciente PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | | DOCUMENTO / HISTORIA 7514840 | |
| Edad 70 Años / 5 Meses / 17 Días | Sexo Masculino | Estado Civil Casado | Telefono 3153261177-3102764741 |
| Fecha Nacimiento 07/05/1952 | Direccion CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | Fecha Ingreso 9/06/2021 11:44:55 | |
| Procedencia VILLAVICENCIO | Ingreso 69070 | | |

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | |
|--|---|----------------------------|
| Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Regimen Contributivo | Estrato COTIZANTE A |
| Nombre Acudiente | Telefono | Parentesco ESPOSA |
| Nombre Acompañante MARTHA LUCIA GARZON | Telefono 3102764741 | |
| FOLIO N° 2 | Fecha/Hora inicio Folio 9/06/2021 13:17:36 | |
| Fecha/Hora Grabación 9/06/2021 15:08:07 | Fecha/Hora Confirmación 9/06/2021 15:08:07 | |

RECORD DE ANESTESIA

9/06/2021



IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|--|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> Definitivo |

ACCESO VENOSO: MIEMBRO SUPERIOR DERECHO MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO OTRO ACCESO VENOSO **No.** 18

CUAL?: MANO

MONITORIA:

1. T.A: NO INVASIVA

2. SaO2: 3. EKG: 4. ETCO2: 5. PVC: 6. EST. NERV. PERIFERICO : BIS ENTROPÍA

7. TEMPERATURA: 8. SONDA VESICAL:

MEDICAMENTOS:

| HORA ADMINISTRACION | NOMBRE | CANTIDAD | OBSERVACIONES |
|---------------------|--------------|----------|---------------|
| 14:00 | DIPORONA | 3 | GR |
| 14:00 | DEXAMETASONA | 8 | MG |



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

HISTORIA CLÍNICA

HC REGISTRO ANESTESICO

DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------------------|
| Nombre Paciente PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | | DOCUMENTO / HISTORIA | 7514840 |
| Edad 70 Años / 5 Meses / 17 Días | Sexo Masculino | Estado Civil | Casado |
| Fecha Nacimiento 07/05/1952 | Direccion CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | Telefono | 3153261177-3102764741 |
| Procedencia VILLAVICENCIO | Ingreso 69070 | Fecha Ingreso | 9/06/2021 11:44:55 |

DATOS DE AFILIACIÓN

| | | |
|--|--------------------------------|----------------------------|
| Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Regimen Contributivo | Estrato COTIZANTE A |
| Nombre Acudiente | Telefono | Parentesco ESPOSA |
| Nombre Acompañante MARTHA LUCIA GARZON | Telefono 3102764741 | |
| FOLIO N° 2 | Fecha/Hora inicio Folio | 9/06/2021 13:17:36 |
| Fecha/Hora Grabación 9/06/2021 15:08:07 | Fecha/Hora Confirmación | 9/06/2021 15:08:07 |

| | | | |
|-------|----------------|----|----|
| 14:00 | DICLOFENCAO | 75 | MG |
| 14:00 | AC TRANEXAMICO | 1 | GR |

LIQUIDOS ELIMINADOS:

| HORA | NOMBRE DEL LIQUIDO | CANTIDAD |
|------|--------------------|----------|
| | | |

LIQUIDOS ADMINISTRADOS:

| HORA | NOMBRE DEL LIQUIDO | CANTIDAD |
|-------|--------------------|----------|
| 14:00 | RINGER | 1.000 |

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|------------|---|
| Otros | 11/06/2021 | TERAPIA OCUPACIONAL |
| Médicos | 13/06/2022 | CIRUGIAS: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA ALERGICOS: NIEGA FRACTURAS: NIEGA FARMACOS: LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ; AMLODIPINO 5 MG CADA 24 H PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL |

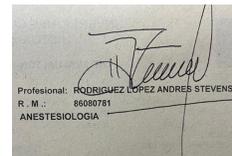
ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|------------|---|
| Otros | 11/06/2021 | TERAPIA OCUPACIONAL |
| Médicos | 13/06/2022 | CIRUGIAS: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA ALERGICOS: NIEGA FRACTURAS: NIEGA FARMACOS: LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ; AMLODIPINO 5 MG CADA 24 H PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL |

COMPLICACIONES: NO

DESTINO: UCPA

OBSERVACIONES: SALE CON ADECUADA HEMODINAMIA TA 125/75 FC 88 FR 12 SPO298



Profesional: RODRIGUEZ LOPEZ ANDRES STEVENS
R . M . : 86080781
ANESTESIOLOGIA



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HISTORIA CLÍNICA
INFORME QUIRURGICO

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ

ESTADO CIVIL Casado

Apertura HC: 09/06/21 15:01

HISTORIA CLINICA: 7514840

IDENTIFICACION 7514840

FOLIO 3

Cierre HC: 09/06/21 15:14

Direccion: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA

Telefono: 3153261177-
3102764741

Procedencia: VILLAVICENCIO

Fec. Nacimiento: 07/05/1952

Edad: 70 Años / 5 Meses / 17
Días

Ocupacion:

Plan: EPS SANITAS CONTRIBUTIVO

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S.

Nivel / Estrato COTIZANTE A

Tipo de Regimen: Regimen_Simplificado

Sexo: Masculino

Ingreso: 69070

Nombre Responsable :

Fecha ingreso 09/06/21 11:44

Direccion Responsable:

Causa Externa: Enfermedad_General

Telefono Responsable:

Finalidad de Consulta: No_Aplica

PERSONAL QUE PARTICIPA EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

HORA INICIAL: 9/06/2021 1:30:00 p. m.

HORA FINAL: 9/06/2021 3:00:00 p. m.

TIPO

CIRUGIA:

CIRUJANO 86042012 GUTIERREZ PARRADO JORGE ENRIQUE

1er AYUDANTE

1121848023 AGUIRRE MELO CATALINA

2do AYUDANTE

3er AYUDANTE

ANESTESIOLOGO 86080781 RODRIGUEZ LOPEZ ANDRES STEVENS

INSTRUMENTADOR: 1030631788 ORTIZ RUIZ LADY MATYURY

INTERVENCIÓN PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

815104 815104I - REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)

Uso de material especial Si Cuál: PROTESIS TOTAL de cadera : TALLO FEMORALNO CEMENTADO14, COPA NO CEMENTADA 56,
 INSERTIO POLIETILIENO 36 X 56, CABEZA METALOCA 36 STANDART, IOBAN, U DRAPE

Clasificación de la herida Limpia

Recuento de compresas Completa

Sangrado MODERA
DO

TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMIA PATOLOGICA

NO

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS OPERATIVOS

ARTROSIS DE CADERA IZQUIERDA
DISCOPATIA LUMBAR

NOTAS QUIRÚRGICAS

ASEPSIA Y ANTISEPSIA, ANESTESIA RAQUIDEA, DECUBITO LATERAL DERECHO, U DRAPE, IOBAN
 INCISWION LATYERAL ABIORDAJE POSTEROLATERAL DE GIBSON, LUXACION DE CADERA IZQUIERDA, OSTEOTOMIA EN EL CUELLO
 FEMORAL, EXPOSICIONN LIMPIEZA Y PREPARACIONN DE ACETABULO .
 LAVADO CON SSN, COLOCACION DE COPA NO CEMENTADA 56, CON ADECUADSA FIJACION POR PRESSFIT, COLOCACION DE INSERTO DE
 POLIETILENO 36 X 56 .
 EXPSOCION Y PREPRACIONN D EFEMUR, RASPAS, PRUEBAS, LAVADO CON SSN, COLOCACION DE VASTAGO FEMORAL NO CEMENHTAD
 14, CABEZA METALICA 36 STANDART.
 REDUCCION DE CADERA CON ADECUADA ESTABILIDAD ... LAVADO CON SSN
 CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL CUIBRIMIENTO, NO COMPLICACIONES

PLAN HOSPITALIZAR , ANTIBIOTICO Y ANALGESIA IV, ENOXAPARINA, RX POP, CH MAÑANA

PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA NO CEMENTADA DE JHONSON & JHONSON

¿Los procedimientos realizados son distintos al solicitado o hizo un procedimiento adicional?

Justificación SE REALIZA CIRUGIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA, POR ALTA SINTOMATOLOGIA DE LA PACIENTE

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPA | TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|----------|------------|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | L | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|--------------------------------|-------------|
| | Nombre reporte : HCRPHistoBase | |

Fecha de Impresión: lunes, 24 octubre 2022

Usuario: 1127389983

LICENCIADO A: [INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.] NIT [892000401-7]

Profesional: GUTIERREZ PARRADO JORGE ENRIQUE

Registro profesional: 86042012



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HISTORIA CLÍNICA
INFORME QUIRURGICO

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ

ESTADO CIVIL Casado

Apertura HC: 09/06/21 15:01

HISTORIA CLINICA: 7514840

IDENTIFICACION 7514840

FOLIO 3

Cierre HC: 09/06/21 15:14

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 4 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000 ML | 60 CC HORA |
| 4 | CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 GR IV CADA 6 HORAS |
| 8 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA 6 HORAS |
| 3 | TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG IV CADA 8 HORAS |
| 3 | METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML | 10 MG IV CAADA 8 HORAS |
| 1 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA INICIAR LAS 10 PM |

EXAMENES SOLICITADOS

| NOMBRE | OBSERVACIONES |
|--|---|
| RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (APLATERAL) | RX DE AMBAS CADERAS, SOLO AP, CENTRADA EN PUBIS |
| HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | CH MAÑANA A LAS 7 AM |

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

| CUPS | Nombre | Inicio Cirugía | Fin Cirugía | Minutos Qx |
|--------|---|----------------|-------------|------------|
| 815104 | 815104I - REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA) | | | 0 |

Lugar de Intervención Especialista

Observaciones

Profesional: GUTIERREZ PARRADO JORGE ENRIQUE

R . M . : 50-9/97

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HISTORIA CLÍNICA
NOTA DE INSTRUMENTACION

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ

ESTADO CIVIL Casado

Apertura HC: 09/06/21 11:44

HISTORIA CLINICA: 7514840

IDENTIFICACION 7514840

FOLIO 69070

Cierre HC: 09/06/21 15:19

Direccion: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA

Telefono: 3153261177-
3102764741

Procedencia: VILLAVICENCIO

Fec. Nacimiento: 07/05/1952

Edad: 70 Años / 5 Meses / 17
Días

Ocupacion:

Plan: EPS SANITAS CONTRIBUTIVO

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S.

Nivel / Estrato COTIZANTE A

Tipo de Regimen: Regimen_Simplificado

Sexo: Masculino

Ingreso: 69070

Nombre Responsable :

Fecha ingreso 09/06/21 11:44
:

Direccion Responsable:

Causa Externa: Enfermedad_General

Telefono Responsable:

Finalidad de Consulta: No_Aplica

NOTA INSTRUMENTADOR

Descripcion

RTCI
CASA COMERCIAL J&J
DR. GUTIERREZ
SOPORTE MIGUEL
IXQ MATYURY

** NO FACTURAR**

REF 3L92514 VASTAGO NO CEMENTADO CORAIL HA SZ14 STD CANT: 1
REF 3M1015 CAMPO QUIRURGICO U-DRAPE 120X 130 CANT:1
REF 3M6648 CAMPO DE INCISION IOBAN 90X 60 CANT:1
REF121722056 COPA NO CEMENTADA PINNACLE SECTOR 56 MM CANT:1
REF 121936456 INSERTO MARATHON +4 NEUTRALX56 CANT:1
REF136552000 CABEZA FEM METAL ARTICULAREZE 12/14 36+5 CANT:1

HISTORIA CLÍNICA

Tipo de HC: HCNMEV

HC NOTA MEDICA DE EVOLUCION



CLINICA META

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 7514840 **Nombres:** AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 07/05/1952 **Edad de HC** 69 Años / 1 Meses / 2 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3153261177-3102764741 **Ocupación:**
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Barrio:** RURAL

Ingreso: 69070 **Fecha de Ingreso:** 9/06/2021 11:44:55 a. m. **Ingreso Por:** Cirugia_Ambulatoria **Cama:** 218A - HABITACION BIPERSONAL

No. Folio: 5 **Fecha de Folio:** 9/06/2021 6:33:55 p. m. **Area de Servicio:** QUIROFANOS CLINICA - ESTANCIAS

Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de Consulta:** No_Aplica

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
S.A.S.

Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|------|-------|---------------|
|------|-------|---------------|

NOTA DE EVOLUCIÓN MEDICA:

SE RECIBE PACINETE DE SALAS DE CIRUGIA 4TO PISO:

POP DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA

DX:
ARTROSIS DE CADERA IZQUIERDA

HALLAZGOS:
ARTROSIS DE CADERA IZQUIERDA
DISCOPATIA LUMBAR

INGRESA PACIENTE A SALA SDE RECUPERACION:

SV: TA: 123/72 MMHG FC: 72 LPM SPO2: 95%

S// SIN SINTOMAS VASOVAGALES NI DE VASOESPASMOS

O// PACIENTE DESPIERTO ORIENTADO AFEBRIL, NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE SIN EVIDENCIAS DE TIRAJES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS SIN SOBREGREGADOS, CAMPOS PULMONARES CLAROS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE, EXTRMEIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMAS, HERIDA QUIRURGICA EN CADERA IZQUIERDA SIN SNAGRADO ACTIVO CUBIERTA OCN APOSITOS LIMPIOS, PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, SNC SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

A// POP DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA REGIONAL, HERIDA QUIRURGICA EN CADERA IZQUIERDA SIN SNAGRADO ACTIVO, CON ORDEN D EHOSPITALIZAR POR PARTE DE ORTOPEdia CON ANTIBIOTICOTERAPIA Y ANALGESIA IV, CONTROL CON RX POP Y HEMOGRAMA MAÑANA 6 AM, SE CONTINUARA ATENTOS A EVOLUCION CLINICA Y CAMBIOS QUE SE PRESENTEN DURANTE ESTANCIA EN SALAS DE REUCPERACION, ORDENES MEDICAS POR ESPECIALIDAD TRATANTE, PENDIENTE TRASLADO A PISO DE HOSPITALIZACION.

PLAN:
HOSPITALIZAR
DIETA NORMAL
LACTATO DE RINGE RPASAR A 60 CC HORA IV
CEFAZOLINA 1 GR CADA 6 HGRS IV
TRAMADOL 50 MG CADA 8 HRS IV
DIPIRONA 2.5 GR CADA 6 HRS IV
METOCLOPRAMIDA 10 MG CADA 8 HRS IV
ENOXAPARINA 40 MG DIA USBC INICIAR A LAS 10 PM HOY
P//RX POP
P// CH MAÑANA 6 AM
CSV Y AVC

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|--------|-------------|
|----------|--------|-------------|

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: lunes, 24 octubre 2022

Usuario: 1127389983

LICENCIADO A: [INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.] NIT [892000401-7]

Profesional: MONTERROZA PEREZ DALIS MILENA

Registro profesional: 1103216224

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 69 Años / 1 Meses / 2 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

| | | | |
|---|--|-------------------|-------------------|
| 1 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA | INICIAR LAS 10 PM |
| 3 | METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML | 10 MG IV CAADA | 8 HORAS |
| 3 | TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG IV CADA | 8 HORAS |
| 8 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA | 6 HORAS |
| 4 | CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 GR IV CADA | 6 HORAS |
| 4 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000 ML | 60 CC HORA | |



Dalis Monterrosa
Medicina General
R.M. 1103216224

Profesional: DALIS MILENA MONTERROZA PEREZ
R . M . : 1103216224
MEDICINA GENERAL

HC DE INGRESO A HOSPITALIZACION

Tipo de HC: HCNHO

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 69070 **Fecha de Ingreso:** 9/06/2021 11:44:55 a. m. **Ingreso Por:** Cirugia_Ambulatoria **Cama:** HOSPITALIZACION
No. Folio: 6 **Fecha de Folio:** 9/06/2021 10:26:22 p. m. **Area de Servicio:** SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de Consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 7514840 **Nombres:** AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 7/05/1952 12:00:00 a. m. **Edad de HC** 69 Años / 1 Meses / 2 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3153261177-3102764741 **Ocupación:**
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Procedencia:** RURAL

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

Reingreso:

Nombre de Acudiente:

Teléfono de Contacto:

MOTIVO DE LA CONSULTA

PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 69 AÑOS EN POP DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES EN EL MOMENTO CON MODULACION DEL DOLOR SE INDICA CONTINUAR ANALGESIA Y SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|------------|--|
| Otros | 11/06/2021 | TERAPIA OCUPACIONAL |
| Médicos | 13/06/2022 | CIRUGIAS: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA ALERGICOS: NIEGA FRACTURAS: NIEGA FARMACOS: LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ; AMLODIPINO 5 MG CADA 24 H PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL |

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos : NO REFIERE
Torax/Cardio/Pulmonar : NO REFIERE
Abdomen : NO REFIERE
Genito - Urinario : NO REFIERE
Extremidades Inferiores: NO REFIERE
Musculo - Esqueletico : NO REFIERE
Neurologico : NO REFIERE
Piel y Faneras : NO REFIERE

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TAM 83,3333 mm Hg TAS 110 TAD 70 TAM : 83 mm Hg
FC : 84 x min FR : 19 x min Dolor Escala de Dolor
Temperatura 36,0 °C S02 98 % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia Alerta
Apertura Ocular : Espontanea 4 Respuesta Verbal : Orientación 5 Respuesta Motora : Obedece Ordenes 6 Glasgow : 15
Peso 70 Kgs Talla 170 Cms IMC 24,22

Estado General : ALERTA CONCIENTE HIDRATADO
Cabeza y Sentidos : PACIENTE DESPIERTO ORIENTADO AFEBRIL, NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA
Cuello : MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
Cardio-Pulmonar-Vascular : SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE SIN EVIDENCIAS DE TIRAJES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS SIN SOBREGREGADOS, CAMPOS PULMONARES CLAROS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS
Abdomen : BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Genito - Urinario : NO EXPLORADO
Musculo - Esqueletico : EXTRMEIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMAS, HERIDA QUIRURGICA EN CADERA IZQUIERDA SIN SNAGRADO ACTIVO CUBIERTA OCN APOSITOS LIMPIOS, PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS
Neurologico : SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.
Piel y Faneras : NO LESIONES

HC DE INGRESO A HOSPITALIZACION

Tipo de HC: HCNHO

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 69070 **Fecha de Ingreso:** 9/06/2021 11:44:55 a. m. **Ingreso Por:** Cirugia_Ambulatoria **Cama:** HOSPITALIZACION
No. Folio: 6 **Fecha de Folio:** 9/06/2021 10:26:22 p. m. **Area de Servicio:** SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de Consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 7514840 **Nombres:** AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 7/05/1952 12:00:00 a. m. **Edad de HC** 69 Años / 1 Meses / 2 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3153261177-3102764741 **Ocupación:**
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Procedencia:** RURAL

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
S.A.S.
Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

Extremidades: EXTRMEIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMAS, HERIDA QUIRURGICA EN CADERA IZQUIERDA SIN SNAGRADO ACTIVO CUBIERTA OCN APOSITOS LIMPIOS, PULSOS DISTALES PRESENTES LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

Catéteres y Dispositivos:

ANALISIS : POP DE REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES , HERIDA QUIRURGICA EN CADERA IZQUIERDA SIN SNAGRADO ACTIVO, CON ORDEN D EHOSPITALIZAR POR PARTE DE ORTOPEDIA CON ANTIBIOTICOTERAPIA Y ANALGESIA IV, CONTROL CON RX POP Y HEMOGRAMA MAÑANA 6 AM

PLAN TERAPEUTICO : DIETA NORMAL LACTATO DE RINGE RPASAR A 60 CC HORA IV CEFAZOLINA 1 GR CADA 6 HGRS IV TRAMADOL 50 MG CADA 8 HRS IV DIPIRONA 2.5 GR CADA 6 HRS IV METOCLOPRAMIDA 10 MG CADA 8 HRS IV ENOXAPARINA 40 MG DIA USBC INICIAR A LAS 10 PM HOY P//RX POP P// CH MAÑANA 6 AM CSV Y AVC

VACUNACIÓN COVID-19

Se encuentra vacunado contra el COVID-19 ? **Tipo de vacuna aplicada:**
Numero de dosis aplicadas: **Fecha ultima dosis:** **Numero Lote:**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CÓDIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|--|-------------------------------------|
| 2 | LOSARTAN POTASICO TABLETA RECUBIERTA 50 MG | 50 MG CADA 12 HRS |
| 2 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000 ML | 60 CC HORA |
| 4 | CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 GR IV CADA 6 HORAS |
| 8 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA 6 HORAS |
| 3 | TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG IV CADA 8 HORAS |
| 3 | METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML | 10 MG IV CAADA 8 HORAS |
| 1 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA INICIAR LAS 10 PM |
| 1 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | 5 MG DIA |
| 14 | JERINGA HIPODERMICA CON AGUJA 10ML 21G*1/2 | MEDICAMENTOS |
| 4 | AGUA ESTERIL PARA INYECCION 10ML | MEDICAMENTOS |

Oscar E. Ordóñez
Médico General
Reg. 50-11956

ORDOÑEZ ORDOÑEZ OSCAR EDICSON
MEDICINA GENERAL

Oscar E. Ordóñez
Médico General
Reg. 50-11956

Profesional: ORDOÑEZ ORDOÑEZ OSCAR EDICSON
R . M . : 86078642
MEDICINA GENERAL



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HISTORIA CLÍNICA
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS - EXAMENES

None

Tipo de HC: HCMED

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 69 Años / 1 Meses / 3 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--|--------------|-----------------|
| Ingreso: | 69070 | Fecha de Ingreso: | 9/06/2021 11:44:55 a. m. | Ingreso Por: | Cirugia_Ambulatoria | Cama: | HOSPITALIZACION |
| No. Folio: | 7 | Fecha de Folio: | 10/06/2021 2:27:08 a. m. | Area de Servicio: | SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS | | |
| Causa Externa: | Enfermedad_General | | Finalidad de Consulta: | No_Aplica | | | |
| Entidad: | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | | Plan: | EPS SANITAS CONTRIBUTIVO | | | |
| Nivel/Estrato: | COTIZANTE A | | Regimen: | CONTRIBUTIVO | | | |

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|------|-------|---------------|
|------|-------|---------------|

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

FORMULA 24 HORAS

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|---|-------------------------------------|
| 2 | LOSARTAN POTASICO TABLETA RECUBIERTA 50 MG | 50 MG CADA 12 HRS |
| 2 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000 ML | 60 CC HORA |
| 4 | CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 GR IV CADA 6 HORAS |
| 8 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA 6 HORAS |
| 3 | TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG IV CADA 8 HORAS |
| 3 | METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML 10 MG IV CAADA 8 HORAS | |
| 1 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA INICIAR LAS 10 PM |
| 1 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | 5 MG DIA |
| 14 | JERINGA HIPODERMICA CON AGUJA 10ML 21G*1/2 | MEDICAMENTOS |
| 4 | AGUA ESTERIL PARA INYECCION 10ML | MEDICAMENTOS |



Profesional: ERIKA ALEJANDRA GUTIERREZ ZAPATA
R . M . : 1121878079
MEDICINA GENERAL

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 69 Años / 1 Meses / 3 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

Ingreso: 69070 **Fecha de Ingreso:** 9/06/2021 11:44:55 a. m. **Ingreso Por:** Cirugia_Ambulatoria **Cama:** 218A - HABITACION BIPERSONAL

No. Folio: 8 **Fecha de Folio:** 10/06/2021 8:53:55 a. m. **Area de Servicio:** SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS

Causa Externa: Otro_Tipo_Accidente **Finalidad de Consulta:** No_Aplica

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO

Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

ANTECEDENTES

TIPO FECHA OBSERVACIONES

NOTA DE EVOLUCIÓN MEDICA:

ORTOPEDIA

PACIENTE EN POP DIA 1 DE REEMPLAZO TOTLA DE CADERA ZIQUIERDA
REFIERE DOLRO EN SITIO OPERAOTRIRO

ALE XMANE FISOC HERIDA CUBIERTA SIN ESTIGMAS DE SNAGRADO ACTIVO
NEUROVASCULAR DISTAL NORMAL

LOS RX MUESTRAN PORTESI EN POSICION

PLAN
INCIAR T FISICA MARCHA CON CAMINADOR
SENTRA POR FUERA D ELA CAMA
SEGUN EVOLUCON SALIDA MAÑANA

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|---------------|------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------|
| M169 | COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |



JORGE MARIO PATARROYO M.
Ortopedia y Traumatología
E.M. 73716/2002
C.C. 93407417

Profesional: JORGE MARIO PATARROYO MONTEJO
R . M . : 93407417
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HISTORIA CLÍNICA
HC NOTA MEDICA DE EVOLUCION

None

Tipo de HC: HCNMEV

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 7514840 **Nombres:** AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 07/05/1952 **Edad de HC** 69 Años / 1 Meses / 3 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3153261177-3102764741 **Ocupación:**
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Barrio:** RURAL

Ingreso: 69070 **Fecha de Ingreso:** 9/06/2021 11:44:55 a. m. **Ingreso Por:** Cirugia_Ambulatoria **Cama:** 218A - HABITACION BIPERSONAL

No. Folio: 9 **Fecha de Folio:** 10/06/2021 1:47:24 p. m. **Area de Servicio:** SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS

Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de Consulta:** No_Aplica

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO

Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

ANTECEDENTES

TIPO **FECHA** **OBSERVACIONES**

NOTA DE EVOLUCIÓN MEDICA:

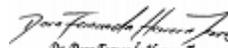
SE ABRE FOLIO PARA ORDENAR
 SE RESPONDE AL LLAMADO DE ENFERMERIA PACIENE QUIEN REFIRE DOLOR INTENSO DURANTE LA MOVILIZACION A PESAR DE ANALGESIA CON DIPIRONA Y RAMADOL POR LO QUE SE AJUSTA ANALGESIA CON MORFINA 2 GR CADA 8 HORAS IV

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M169 | COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|--------------------------------------|---------------------|
| 1 | MORFINA SOLUCION INYECTABLE 10 MG/ML | 2 GR CADA 8HORAS IV |


 Dr. Dora Fernanda Herrera T.
 C.C. 1.121.900.537

Profesional: DORA FERNANDA HERRERA TORRES
R . M . : 1121900537
MEDICINA GENERAL

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 7514840 **Nombres:** AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 07/05/1952 **Edad de HC** 69 Años / 1 Meses / 4 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3153261177-3102764741 **Ocupación:**
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Barrio:** RURAL

Ingreso: 69070 **Fecha de Ingreso:** 9/06/2021 11:44:55 a. m. **Ingreso Por:** Cirugia_Ambulatoria **Cama:** HOSPITALIZACION
No. Folio: 10 **Fecha de Folio:** 11/06/2021 12:36:59 a. m. **Area de Servicio:** SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de Consulta:** No_Aplica
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|-------|------------|---------------------|
| Otros | 11/06/2021 | TERAPIA OCUPACIONAL |

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

FORMULACION 24 HORAS

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|---|-------------------------------------|
| 2 | LOSARTAN POTASICO TABLETA RECUBIERTA 50 MG | VO CADA 12 HORAS |
| 4 | CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 GR IV CADA 6 HORAS |
| 8 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA 6 HORAS |
| 3 | TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG IV CADA 8 HORAS |
| 3 | METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML 10 MG IV CAADA 8 HORAS | |
| 1 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA INICIAR LAS 10 PM |
| 1 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | 5 MG DIA |
| 4 | AGUA ESTERIL PARA INYECCION 10ML | MEDICAMENTOS |
| 14 | JERINGA HIPODERMICA CON AGUJA 10ML 21G*1/2 | MEDICAMENTOS |
| 2 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000 ML | 60 CC HORA |



Gabriela Gil Mendoza
 Médico General
 R.M. 1.144.070.000
 UCC

Profesional: GABRIELA GIL MENDOZA
 R . M . : 1144070000
 MEDICINA GENERAL

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 69 Años / 1 Meses / 4 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--|--------------|------------------------------|
| Ingreso: | 69070 | Fecha de Ingreso: | 9/06/2021 11:44:55 a. m. | Ingreso Por: | Cirugia_Ambulatoria | Cama: | 218A - HABITACION BIPERSONAL |
| No. Folio: | 11 | Fecha de Folio: | 11/06/2021 9:09:43 a. m. | Area de Servicio: | SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS | | |
| Causa Externa: | Enfermedad_General | | | Finalidad de Consulta: | No_Aplica | | |
| Entidad: | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | | Plan: | EPS SANITAS CONTRIBUTIVO | | | |
| Nivel/Estrato: | COTIZANTE A | | Regimen: | CONTRIBUTIVO | | | |

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|-------|------------|---------------------|
| Otros | 11/06/2021 | TERAPIA OCUPACIONAL |

NOTA DE EVOLUCIÓN MEDICA:

ORTOPEDIA

PACIENTE EN POP SEGUNDO DIA DE REEMPLAZO TOTLA DE CADERA IZQUIERDA
 REFIERE LEVE DISMINCUIN DE FUERZA EN LA PIERNA Y MAREO

AL EXMANE FISOC HERIDA EN CAR ALATERAL DE LA CADER AIZQUIERDA SECA SUTURADA SIN SIGNOS D EINFECICON N I COLECCION

HGB POSTQX 9,7

EVOLUCON FAVORABLE

ALTA POR ORTOPEDIA
 ANALGESIA
 CEFALEXINA 5 DIAS
 CONTROL AMBULATORIO DR GUTIERREZ EN 2 SEMANAS
 MARCHA CON CAMINADOR
 T FISICA
 TROMBOPORFILAXIS

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M169 | COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |



JORGE MARIO PATARROYO M.
 Ortopedia y Traumatología
 E.M. 73716/2052
 C.C. 93407417

Profesional: JORGE MARIO PATARROYO MONTEJO
R . M . : 93407417
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 7514840 **Nombres:** AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 07/05/1952 **Edad de HC** 69 Años / 1 Meses / 4 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3153261177-3102764741 **Ocupación:**
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Barrio:** RURAL

Ingreso: 69070 **Fecha de Ingreso:** 9/06/2021 11:44:55 a. m. **Ingreso Por:** Cirugia_Ambulatoria **Cama:** 218A - HABITACION BIPERSONAL

No. Folio: 12 **Fecha de Folio:** 11/06/2021 9:21:05 a. m. **Area de Servicio:** SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS

Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de Consulta:** No_Aplica

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO

Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|-------|------------|---------------------|
| Otros | 11/06/2021 | TERAPIA OCUPACIONAL |

NOTA DE EVOLUCIÓN MEDICA:

NOTA MEDICA
 SE ABRE FOLIO DE HISTORIA CLINICA PARA REIZACION DE ORDENES MEDICAS DE EGRESO Y EPICRISIS

PLAN
 CEFALEXINA 5 DIAS
 CONTROL AMBULATORIO DR GUTIERREZ EN 2 SEMANAS
 MARCHA CON CAMINADOR
 T FISICA
 TROMBOPORFILAXIS
 INCAPACIDAD 30 DIAS A PARTIR DEL INGRESO
 RESTRICCION DE APOYO/MARCHA CON CAMINADOR

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M169 | COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|--|---|
| 40 | ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG | 1 GR CADA 6 HORAS |
| 15 | NAPROXENO TABLETA 250 MG | 250 MG CADA 8 HORAS POR 5 DIAS |
| 15 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG SUBC DIA POR 15 DIAS |
| 1 | | CONTROL AMBULATORIO DR GUTIERREZ EN 2 SEMANAS****MARCHA CON CAMINADOR****T FISICA****INCAPACIDAD 30 DIAS A PARTIR DEL INGRESORESTRICCION DE APOYO/MARCHA CON CAMINADORSI EDEMA DOLOR RUBOR CALOR SECRECION PORHERIDA FIEBRE AHOGO SINTOMAS RESPIRATORIOS PERDIDA DE CONCIENCIA CONVULSIONES CONSULTAR POR URGENCIAS**** |
| 1 | | EN 15 DIAS DR GUTIERREZ |
| 30 | | DIARIAS DOMICILIARIAS |



Lady Viviana Vargas Rueda
 Médico General
 Registro No. 1.120.360.499
 Unia Cooperativa de Colombia

Profesional: LADY VIVIANA VARGAS RUEDA
R . M . : 1120360499
MEDICINA GENERAL

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 69 Años / 1 Meses / 4 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Procedencia: | RURAL | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|--|--------------|-----------------|
| Ingreso: | 69070 | Fecha de Ingreso: | 9/06/2021 11:44:55 a. m. | Ingreso Por: | Cirugia_Ambulatoria | Cama: | HOSPITALIZACION |
| No. Folio: | 13 | Fecha de Folio: | 11/06/2021 12:18:05 p. m. | Area de Servicio: | SERV HOSPITALARIOS CLINICA - ESTANCIAS | | |
| Causa Externa: | Otra | Finalidad de Consulta: | No_Aplica | | | | |
| Entidad: | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Plan: | EPS SANITAS CONTRIBUTIVO | | | | |
| Nivel/Estrato: | COTIZANTE A | Regimen: | CONTRIBUTIVO | | | | |

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|-------|------------|---------------------|
| Otros | 11/06/2021 | TERAPIA OCUPACIONAL |

VALORACIÓN REFLEJA

Diagnóstico Ocupacional: SEMIDEPENDIENTE EN LAS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS,SEMIFUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES MOTRICES FINAS Y GRUESAS,COGNITIVO FUNCIONAL,SENSOPERCEPTIVO ALTERADO MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. SE REALIZA INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL BAJO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD CLINICA META,OMS,ADECUADO MANEJO Y USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SUMINISTRADOS.

| | | | |
|-------------------------|--|-------------------------|--|
| Reflejo Plantar | | Reflejo Palmar | |
| Reflejo Moro | | Reflejo Galant | |
| Reflejo Succión | | Reflejo Babinski | |
| Reflejo Busqueda | | | |

VALORACIÓN MOTRIZ

MOTOR: MOVILIZACION ESPONTANEA FUNCIONAL DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES,REFIERE DOLOR EN GEMELOS Y CADERA IZQUIERDA A LA MOVILIZACION ESPONTANEA, REALIZA ACTIVIDAD.
COGNITIVO: RESPONDE AL LLAMADO POR EL NOMBRE,COMUNICA DE FORMA VERBAL INQUIETUDES Y NECESIDADES.

VALORACIÓN SENSOPERCEPTIVO

RESPONDIENDO A LAS EXIGENCIAS DEL MEDIO.

Valoración Etapas Neurodesarrollo

| | | | |
|-----------------------------------|------------------|---------------------------------------|-----------|
| Control Cefálico | | Sedente | |
| Cambios Decubito | | Gateo | |
| Arrastre | | Bipedo | |
| Bipedestación | | | |
| Edad Inicio Etapa Escolar: | No Aplica (Años) | Inicio de Comunicación Verval: | No Aplica |

Actividades Básicas Cotidianas

INDEPENDIENTE EN LA ALIMENTACION ,HIGIENE,VESTIDO,DEPENDIENTE EN EL TRASLADOS Y CAMBIOS POSTURALES.

Intervención De Terapia Ocupacional Día

SE ORIENTA A PACIENTE LA IMPORTANCIA DE INICIAR LA ACTIVIDAD FISICA Y LA MOVILIZACION PARA ENTRENAMIENTO EN LA MARCHA,PACIENTE EN POSICION SUPINO,FLEXION DE RODILLAS,ABD ,ADD,TOLERANDO DOLOR .

Plan de Tratamiento

- PREVENIR DESACONDICIONAMIENTO EN LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS
 -MANTENIMIENTO OSTEOMUSCULAR

Requerimiento De Ferulaje O Adaptaciones

-NO REQUIERE EN EL MOMENTO

Remisión a Equipo de Rehabilitación

-VALORACION POR FISIOTERAPIA.

Recomendaciones A Familiar / Equipo Tratante

-INICIAR FISOTERAPIA DOMICILIARIA
 -TOMAR MEDIDAS DE SEGURIDAD EN CASA EN EL BAÑO,CUARTO EN LOS SITIOS DE MAYOR PERMANENCIA PARA FACILITAR SU DESEMPEÑO EN LAS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS.(SILLAS RIMAX DURANTE LA ACTIVIDAD DEL BAÑO,OBJETOS EN ESPACIOS INMEDIATOS)

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|------------------------------|---------------------|-----------|------------|
| M169 | COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA | TERAPIA OCUPACIONAL | True | Presuntivo |

HC DE URGENCIAS

Tipo de HC: HCURGE

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 212049 Fecha de Ingreso: 13/06/2022 10:47:59 a. m. Ingreso Por: Urgencias Cama:
No. Folio: 14 Fecha de Folio: 13/06/2022 11:25:45 a. m. Area de Servicio: URGENCIAS CM - CONSULTAS
Causa Externa: Enfermedad_General Finalidad de Consulta: No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía Identificación: 7514840 Nombres: AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 7/05/1952 12:00:00 a. m. Edad de HC 70 Años / 1 Meses / 6 Días Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado Telefono: 3153261177-3102764741 Ocupación:
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA Procedencia: RURAL

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS Plan: EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
S.A.S.
Nivel/Estrato: COTIZANTE A Regimen: CONTRIBUTIVO

Fecha y hora de inicio de atención: lunes, 13 de junio de 2022 11:25
Especialidad Tratante : 385 MEDICINA GENERAL

MOTIVO DE LA CONSULTA

" DOLOR DE PECHO "

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 7 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE HIPOCONDRIO IZQUIERDO, ASOCIADO A AUSENCIA DE DEPOSICIONES EN LOS ULTIMOS 6 DIAS REFIERE HA AUMENTADO EL DOLOR RAZON POR LA QUE CONSULTA.

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|------------|---|
| Médicos | 13/06/2022 | CIRUGIAS: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA ALERGICOS: NIEGA FRACTURAS: NIEGA FARMACOS: LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ; AMLODIPINO 5 MG CADA 24 H PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL |

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos : NO REFIERE
Torax/Cardio/Pulmonar : NO REFIERE
Sistema Digestivo : NO REFIERE
Genito - Urinario : NO REFIERE
Musculo - Esqueletico : NO REFIERE
Neurologico : NO REFIERE
Piel y Faneras : NO REFIERE

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
TAS: 130,000 TAD: 80,000 mm Hg TAM: 96,6667 mm Hg FC: 77,0000 x MIN. FR: 18,0000 x MIN.
Temperatura 37,0000 °C SO2 % 98,0000 Perfusión: < 2 Seg. Estado de Conciencia: Alerta
Respuesta Ocular: Espontanea 4 Respuesta Verbal: Orientación 5 Respuesta Motora: Obedece Ordenes 6 Glasgow: 15,0000
Peso: 95,0000 Kgs Talla: 179,000 cms IMC: 29,6500
0

VACUNACIÓN COVID-19

Se encuentra vacunado contra el COVID-19 ? NO Tipo de vacuna aplicada:
Numero de dosis aplicadas: Fecha ultima dosis: 13/6/2022 Numero Lote:

Estado General : ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. CABEZA: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO: MOVIL, NO MASAS, NO ADENOMEGALIAS, NO PUNTOS DOLOROSOS A LA DIGITOPRESION. CP: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS; MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION DE HIPOCONDRIO IZQUIERDO , SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXT: EUTROFICAS, NO EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS. PIEL HUMEDA, SIN ALTERACIONES NI LESIONES EVIDENTES. NEURO: ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION, GLASGOW 15/15

Cabeza y Sentidos :
Cuello :
Cardio-Pulmonar-Vascular :

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. HISTORIA CLÍNICA



HC DE URGENCIAS

Tipo de HC: HCURGE

DATOS DEL INGRESO

Ingreso: 212049 **Fecha de Ingreso:** 13/06/2022 10:47:59 a. m. **Ingreso Por:** Urgencias **Cama:**
No. Folio: 14 **Fecha de Folio:** 13/06/2022 11:25:45 a. m. **Area de Servicio:** URGENCIAS CM - CONSULTAS
Causa Externa: Enfermedad_General **Finalidad de Consulta:** No_Aplica

DATOS DEL PACIENTE

Tipo doc. Cédula_Ciudadanía **Identificación:** 7514840 **Nombres:** AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
F. Nac. 7/05/1952 12:00:00 a. m. **Edad de HC** 70 Años / 1 Meses / 6 Días **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Casado **Telefono:** 3153261177-3102764741 **Ocupación:**
Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Procedencia:** RURAL

DATOS AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. **Plan:** EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
Nivel/Estrato: COTIZANTE A **Regimen:** CONTRIBUTIVO

Abdomen :

Genito - Urinario :

Miembros:

Musculo - Esqueletico :

Neurologico :

Piel y Faneras :

ANALISIS :

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE INDICA TOMA DE LABORATORIOS Y REVALORAR CON REPORTES SE LE EXPLICA AL PACIENTE CONDUCTA MEDICA A SEGUIR DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN TERAPEUTICO :

PLAN: SS/ HEMOGRAMA, PCR, UROANALISIS, GRAM DE ORINA, TROPONINA SS/ RX DE ABDOMEN VERTICAL REVALORAR

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

| CODIGO | NOMBRE | DESCRIPCION DX | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|--------------|----------------|-------------------------------------|------------|
| K590 | CONSTIPACION | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

| CANTIDAD | NOMBRE | VÍA ADM | OBSERVACION |
|----------|---|---------------|----------------|
| 1 | HIOSCINA N BUTIL BROMURO SOLUCION INYECTABLE 20 MG/ML AMPOLLA 1ML | Intramuscular | 20 MG IM AHORA |
| 1 | JERINGA HIPODERMICA CON AGUJA 10ML 21G*1/2 | Ninguno | SS |

EXAMENES SOLICITADOS

| | | | |
|--------------------|---|---------------------|------------------|
| Nombre | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | F. Solicitud | 13/06/2022 11:33 |
| Observacion | | | |
| Nombre | UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA | F. Solicitud | 13/06/2022 11:33 |
| Observacion | | | |
| Nombre | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA | F. Solicitud | 13/06/2022 11:33 |
| Observacion | ORINA | | |
| Nombre | TROPONINA I CUANTITATIVA | F. Solicitud | 13/06/2022 11:33 |
| Observacion | | | |
| Nombre | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE | F. Solicitud | 13/06/2022 11:33 |
| Observacion | PROYECCION VERTICAL | | |

INDICACIONES MEDICAS

| NOMBRE | OBSERVACIONES |
|-----------------------|---------------|
| Urgencias_Observacion | |

Diego A. Medina F
 Médico General
 R.M 1 121 904.973

MEDINA FORERO DIEGO ANDRES
MEDICINA GENERAL

Diego A. Medina F
 Médico General
 R.M 1 121 904.973

Profesional: MEDINA FORERO DIEGO ANDRES
R . M . : 1121904973
MEDICINA GENERAL

HISTORIA CLÍNICA

Tipo de HC: HCNMEV

HC NOTA MEDICA DE EVOLUCION
DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 70 Años / 1 Meses / 6 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--|
| Ingreso: | 212049 | Fecha de Ingreso: | 13/06/2022 10:47:59 a. m. | Ingreso Por: | Urgencias | Cama: | |
| No. Folio: | 15 | Fecha de Folio: | 13/06/2022 3:51:27 p. m. | Area de Servicio: | URGENCIAS CM - CONSULTAS | | |
| Causa Externa: | Enfermedad_General | | Finalidad de Consulta: | No_Aplica | | | |
| Entidad: | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | | Plan: | EPS SANITAS CONTRIBUTIVO | | | |
| Nivel/Estrato: | COTIZANTE A | | Regimen: | CONTRIBUTIVO | | | |

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|------------|---|
| Médicos | 13/06/2022 | CIRUGIAS: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA ALERGICOS: NIEGA FRACTURAS: NIEGA FARMACOS: LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ; AMLODIPINO 5 MG CADA 24 H PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL |

NOTA DE EVOLUCIÓN MEDICA:

*****NOTA DE REVALORACIÓN*****

PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:

 -CONSTIPACION A TRATAR
 -SOSPECHA INFECCION FECAL

SUBJETIVO: PACIENTE QUIEN REFIERE PERSISTENCIA CON DOLOR

OBJETIVO:

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NI SIRS

SIGNOS VITALES:

TA: 110/70 MMHG FC: 75 LPM FR: 18 RPM SO2: 98% FIO2: 21%

C/C: NORMOCÉFALA, PUPILAS ISOCORICAS, ,ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, OROFARINGE NO CONGESTIVA, CUELLO MÓVIL, SIN ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR

C/P: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS.

ABD: PLANO, BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL, NO MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. RSIS PRESENTES.

GU: NO EXPLORADO

EXT: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS, SIN LIMITACIÓN PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO

NEU: ALERTA ORIENTADO, GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE, NO FOCALIZACIONES

PARACLÍNICOS:

HEMOGRAMA

 Recuento de Leucocitos $5.47 \times 10^3 \text{mm}^3$ 4.1 11.1

% Neutrofilos 54.3 % 48.5 81.2

% Linfocitos 31.6 % 16.0 46.0

% Monocitos 11.1 % 2.8 10.2

% Eosinofilos 2.5 % 2.0 4.0

% Basofilos 0.5 % 0.0 1.0

% Celulas Inmaduras (IMG) 0.0 % 0.0 100

% Lic % 0.0 - 3.0 %

 # Neutrofilos $2.97 \times 10^3 \text{mm}^3$ 2.0 7.50

 # Linfocitos $1.73 \times 10^3 \text{mm}^3$ 1.0 4.00

 # Monocitos $0.61 \times 10^3 \text{mm}^3$ 0.20 1.00

 # Eosinofilos $0.13 \times 10^3 \text{mm}^3$ 0.0 0.50

 # Basofilos $\times 10^3 \text{mm}^3$ 0.0 0.20

 # Celulas Inmaduras (IMG) $0.00 \times 10^3 \text{mm}^3$ 0.0 0.25

 # Lic $\times 10^3 \text{mm}^3$ 0.0 0.30

 Recuento de Eritrocitos $6.18 \times 10^6 \text{mm}^3$ 4.30 5.80

Hemoglobina 12.1 g/dl Hom. 14.0-17.0 Muj. 12.0 -15.0

Hematocrito 38.4 % Hom. 39.9-51.0 Muj. 36.4-46.0

 Volumen Corpuscular Medio 62.2um^3 83 98

HB Corpuscular Media 19.5 pg 27.0 32.3

Concentración HB Corpuscular Media 31.4 g/dl 31.8 34.2

Ancho Distribución Eritrocitaria (CV) 16.7 % 11.9 14.8

Ancho Distribución Eritrocitaria (SD) 38.9 fL 35 58

 Recuento de Plaquetas $251 \times 10^3 \text{mm}^3$ 168 418

 Volumen Plaquetario Medio 11.9um^3 7.0 10.5

Ancho de Distribución Plaquetas 15.8 % 11.0 18.0

Plaquetocrito 0.298 % .150 .500

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: lunes, 24 octubre 2022

Usuario: 1127389983

LICENCIADO A: [INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.] NIT [892000401-7]

Profesional: GUERRERO CRUZ SAMIR EDUARDO

Registro profesional: 1121912975

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 70 Años / 1 Meses / 6 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

Concentracion PLT Grandes (P-LCC) 110 x10³/mm³ 30 90
 % Concentracion PLT Grandes 44.0 % 11 45
 # Normoblastos (NRBC) 0.000 x10³/mm³ 0.0 999.9
 % Normoblastos (NRBC) 0.00 % 0.0 99.9

TROPONINA I Ultrasensible
 Resultado: 2.12 ng/L

UROANALISIS
 FISICO QUIMICO
 Color AMARILLO
 Aspecto CLARO
 Glucosa NORMAL NORMAL
 Proteinas NEGATIVO NEGATIVO
 Bilirrubinas NEG NEGATIVO
 Urobilinogeno NORMAL NORMAL
 P.H. 5.0 5.0 - 9.0
 Densidad 1.015 1000 - 1030
 Sangre 10 NEGATIVO
 Cetonas NEG NEGATIVO
 Nitritos NEG NEGATIVO
 Acido Ascorbico 20 NEGATIVO
 Leucocitos NEG NEGATIVO
 MICROSCOPICO
 Leucocitos 0-2 xc
 Plocitos xc
 Hematíes xc
 Hematíes Frescos %
 Hematíes Crenados %
 Células Epiteliales 0-2 xc
 Celulas Renales xc
 Cristales
 Uratos Amorfos
 Fosfatos Amorfos
 Fosfatos Triples
 Acido úrico
 Oxalato de Ca.
 Bacterias +
 Moco
 Blastocnidias

GRAM DE ORINA SIN CENTRIFUGAR * T
 MORFOLOGIA MICROBIANA NO SE OBSERVAN GERMESES T
 CUANTIFICACION (X CAMPO) T

ANALISIS:
 PACIENTE MASCULINO DE 70 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS ANTERIORMENTE, REPORTE DE PARACLINICOS QUE EVIDENCIA HEMOGRAMA DENTRO DE LIMITES NORMALES, TROPONINA I NEGATIVA, UROANALISIS NO SUGESTIVO DE IVU, GRAM SIN PRESENCIA DE BACTERIAS, PACIENTE QUIEN REFIERE PERSISTIR CON DOLOR Y CONSTIPACION, PACIENTE QUIEN REFIERE USO DE BISACODILO EN SU DOMICILIO SE INDICA ECO ABDOMEN TOTAL Y ENEMA RECTAL PARA REVALORAR, SE LE EXPLICA CONDUCTA Y CONDICION CLINICA ACTUAL A PACIENTE LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN:
 ENEMA RECTAL AHORA
 SS// ECO ABDOMEN TOTAL
 REVALORAR

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|--------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| K590 | CONSTIPACION | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|--|--------------|
| 1 | SODIO FOSFATO MONOBASICO + SODIO FOSFATO DIBASICO SOLUCION 133 ML RECTAL | RECTAL AHORA |

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 70 Años / 1 Meses / 6 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE

OBSERVACIONES

ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAVESICULAVIAS
BILIARES RIONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLAN



Dr. Samir Guerrero
MEDICINA GENERAL
R.M. 1121912975

Profesional: SAMIR EDUARDO GUERRERO CRUZ
R . M . : 1121912975
MEDICINA GENERAL

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Tipo doc. | Cédula_Ciudadanía | Identificación: | 7514840 | Nombres: | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS |
| F. Nac. | 07/05/1952 | Edad de HC | 70 Años / 1 Meses / 6 Días | Sexo: | Masculino |
| Estado Civil: | Casado | Telefono: | 3153261177-3102764741 | Ocupación: | |
| Dirección: | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA | | Barrio: | RURAL | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| Ingreso: | 212049 | Fecha de Ingreso: | 13/06/2022 10:47:59 a. m. | Ingreso Por: | Urgencias | Cama: | |
| No. Folio: | 16 | Fecha de Folio: | 13/06/2022 5:52:19 p. m. | Area de Servicio: | SERV AMBULATORIOS TORRE - CONSULTAS | | |
| Causa Externa: | Enfermedad_General | | Finalidad de Consulta: | No_Aplica | | | |
| Entidad: | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | | Plan: | EPS SANITAS CONTRIBUTIVO | | | |
| Nivel/Estrato: | COTIZANTE A | | Regimen: | CONTRIBUTIVO | | | |

ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------|------------|---|
| Médicos | 13/06/2022 | CIRUGIAS: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA ALERGICOS: NIEGA FRACTURAS: NIEGA FARMACOS: LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS ; AMLODIPINO 5 MG CADA 24 H PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL |

NOTA DE EVOLUCIÓN MEDICA:

REVALORACION URGENCIAS:

ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL

HÍGADO: Tiene ecogenicidad homogénea sin lesiones focales.

VESÍCULA BILIAR: Mide 83 X 39 X 42 mm, su pared es delgada y no presenta cálculos en su interior.

VENA PORTA : Mide 11 mm. Y CONDUCTO BILIAR: mide 3 mm.

PÁNCREAS: Tamaño, y ecogenicidad adecuada.

VENA CAVA Y AORTA: Tienen trayecto y calibre normal.

BAZO: Mide 105 X 51 X 51 mm, con ecogenicidad homogénea.

RIÑONES: Tienen tamaño y morfología normal, conservan su relación corticomedular. No se visualizan imágenes que sugieran quistes, lesiones solidas ni calcificaciones. No hay hidronefrosis.

VEJIGA: Distendida parcialmente tiene un volumen aproximado de 34 c.c.

La unión uretero vesical es normal.

PROSTATA: Mide 50 X 32 X 36 mm. Volumen de 31 c.c.

No se aprecia líquido libre en cavidad abdominal.

Presencia de gas intestinal

CONCLUSIÓN:

1. ABUNDANTE GAS INTESTINAL
2. RESTO DEL ESTUDIO DE CARACTERISTICAS NORMALES

A/: EVALUO PARACLINICO EL CUAL ES NORMAL, PACIENTE REFIERE DEPOSICIONES (+) POSTERIOR AL ENEMA, PACIENTE CON CLINICA COMPATIBLE CON CONSTIPACION ACTUALMENTE RESULTO Y QUE EXPLICABA LOS SINTOMAS, SE CONTINUARA MANEJO MEDICO AMBULATORIO CON RECOMENDACIONES DIETARIAS USO DE LAXANTES Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA DE SU EPS, SE EXPLICA AL PACIENTE DIAGNOSTICOS Y CONDCUTA MEDICA A SEGUIR.

OM/:

1. SALIDA
2. BISACODILO 5mg VO C/24 HORAS NOCHE, POR 3 NOCHES A NECESIDAD.
3. RECOMENDACIONES DIETARIAS.
4. CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE SU EPS.

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|--------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| K590 | CONSTIPACION | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| CANTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|----------|-------------------------|---|
| 3 | BISACODILO TABLETA 5 MG | TOMAR 1 TABLETA C/24 HORAS EN LAS NOCHE, POR 3 NOCHES SEGUIDAS A NECESIDAD. |

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

| NOMBRE | OBSERVACIONES |
|--|-----------------------------|
| CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL | CONSULTA EXTERNA DE SU EPS. |



Dr. Roosevelt Ruiz Henaó
 Inversiones Clínica del Meta S.A.
 Reg 50 11358

Profesional: ROOSEVELT ANDRES RUIZ HENAO
R . M . : 86062258



89010

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
PROGRAMACIÓN Y REGISTRO DE LA HOJA DE GASTOS

CODIGO: CI
VERSION: 04
FR: 07
FECHA: 29/04/14

| | | | | | | | |
|------------------|-------------------------|-------------------|--|-----------------|--|---------|----|
| FECHA DE CIRUGIA | 9. Junio 2011 | HORA PROGRAMACIÓN | | HORA REAL | 13:15 | ENTIDAD | |
| NOMBRE | Pedro Luis Aguado Lopez | HOSPITALIZADO | | AMBULATORIO | 514840 | EDAD | 64 |
| TIPO | | | | TIPO DE CIRUGIA | LIMPIA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> | SALA | 1 |

PROCEDIMIENTO: Pimplero Protesis. total Privado Sudd. de coxofemoral
 CIRUJANO: Dr. J. Gutierrez
 Dr. Rodriguez
 ANESTESIA: espinal

GRUPO: AUXILIAR SALA
 DERECHOS DE SALA: Hartes waler
 INSTRUMENTADORA: Hartem ORA2
 TIEMPO QUIRURGICO:

| PRODUCTO | CANTIDAD | TOTAL | PRODUCTO | CANTIDAD | TOTAL | PRODUCTO | CANTIDAD | TOTAL | PRODUCTO | CANTIDAD | TOTAL | PRODUCTO | CANTIDAD | TOTAL | PRODUCTO | CANTIDAD | TOTAL |
|------------------------|----------|-------|---------------------------|----------|-------|------------------------|----------|-------|-------------------------|----------|-------|------------------------|----------|-------|----------|----------|-------|
| Ampicilina x 1 gr | | | Metronidazol 500 mg | | | Aguja espinal # 27 | 1 | | Surgicel | | | Tubo a torax # | | | | | |
| Atropina 1mg/ ml Amp. | | | Metiletergometrina 0.2 mg | | | Aguja hipodermica # | | | Gasas paquete | | | Tubo Orotraqueal # | | | | | |
| Amp+Subbactan 1.5 g | | | Metoclopramida amp 10 mg | | | Aposito paquete | | | Hojas de bisturi # 2002 | 2 | | Valvula de Derivación | | | | | |
| Bupivacaina 0.25% | | | Midazolam x 5 mg | | | B. Hemodilución | | | Hojas de bisturi # | | | Venda Elastica OKU | 3 | | | | |
| Bupivacaina pesada | | | Morfina amp 10 mg | | | Bata desechable | | | Hemovack | | | Venda Algodón OKU | 3 | | | | |
| Cefazolinax 1 gr | | | Neostigmina 0.5 mg | | | Buretrol Equipo | | | Jeringa x 1 ml | 2 | | Venda de Yeso OKU | 3 | | | | |
| Ciprofloxacina gotas | | | Oxitocina amp | | | Canula Nasal | | | Jeringa x 5 ml | 2 | | Vend de Yeso | | | | | |
| Clinocina 600mg | | | Pancuronio 4 mg/ml | | | Cateter heparinizado | | | Jeringa x 10 ml | 2 | | Vicryl 0.9x1 | 3 | | | | |
| Cefazolinax 1 gr | | | Propofol 10 mg/ml | | | Cateter Central | | | Jeringa de 20 ml | | | Vicryl | | | | | |
| Dexametasona 8 mg | | | Succinil colina x cc | | | Canula de traqueost. | | | Kit Craneotomia | | | Yodopoliviona solución | | | | | |
| Dipirona x 2.5 gr | | | Remifentanilo amp | | | Cromado | | | Kit Ventriculostomia | | | Yodopoliviona espuma | | | | | |
| Dexametasona 4 mg | | | Sevoflurano | | | Cromado | | | Toban | | | | | | | | |
| Dexametasona 200 mg | | | Sodio bicarbonato 10ml | | | Cuchilla Sheyver | | | Malla Prolene cc | | | | | | | | |
| Dexametasona 2 mg | | | Solucion Salina 100 ml | | | Cystoflo | | | Oxigeno Hora | | | | | | | | |
| Felipantilo amp | | | Solucion Salina 500 ml | | | Drenes | | | Pleurback | | | | | | | | |
| Gentamicina 80 mg | | | Solucion Salina 1000 ml | | | Duragen | | | Prolene 210x33 | | | | | | | | |
| Gluconato calcio 10 ml | | | Sulfadiazina de plata | | | Equipo Transfusion | | | Prolene | | | | | | | | |
| Heparina sodica fco | | | Tiopental x 1 g amp | | | Equipo Venocisis | | | Paquete de Ropa | | | | | | | | |
| Isoflurano | | | Tramadol 50 mg amp | | | Equipo Irrigacion en Y | | | Spongestan | | | | | | | | |
| Lact. Ringer x 500 ml | | | Tramadol 100 mg amp | | | Electrodos | | | Seda | | | | | | | | |
| Lact. Ringer x 1000 ml | | | Vecuronio amp | | | Ethibond | | | Seda | | | | | | | | |
| Lidocaina 1 % se | | | Vaselina | | | Ethibond | | | Sonda Foley # | | | | | | | | |
| Lidocaina Jalea | | | Agua Esteril 3000 ml | | | Frasco Patologia | | | Sonda Melaton # | | | | | | | | |
| Meperidina 100 mg | | | Angiocath # | | | Giantes | | | Sonda Levin # | | | | | | | | |
| SUBTOTAL | | | SUBTOTAL | | | SUBTOTAL | | | SUBTOTAL | | | | | | | | |

VALIDACION DE AUTORIZACIONES SANITAS - EPS

| VALIDACION DE AUTORIZACIONES SANITAS - EPS | | | |
|--|--------------------------|--|---------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS | | |
| DOCUMENTO | 7514840 | | |
| FECHA DE INGRESO | 9 de Junio de 2021 | | |
| FECHA DE EGRESO | 11 de Junio de 2021 | | |
| AUTORIZACIONES | | | |
| VOLANTE | CODIGO | OBSERVACIONES | VALIDACION |
| 144229515 | 815103 | REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADER | 215684042240. |
| 144229515 | 10M002 | ESTANCIA HOSPITALARIA DE EL DIA 09 DE JUNIO 2021 | 215684042240. |
| 153976773 | 10M002 | ESTANCIA HOSPITALARIA DE EL DIA 10 DE JUNIO 2021 | 218874422528. |
| | | | |

DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ENFERMERIA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ Identificación: 7514840 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 07/mayo/1952 Edad Actual: 69 Años \ 1 Meses \ 4 Días Estado Civil: Casado
 Dirección: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA Teléfono: 3153261177-3102764741
 Procedencia: VILLAVICENCIO Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. Régimen: Regimen_Simplificado
 Plan Beneficios: EPS SANITAS CONTRIBUTIVO Nivel - Estrato: COTIZANTE A

DATOS DE SOLICITUD

Devolución N°: 00000000038171 Estado: Confirmado Fecha Dev: 11/06/2021

| LISTADO DE MEDICAMENTOS | | |
|-------------------------|--|----------|
| CODIGO | NOMBRE | CANTIDAD |
| CLINICA0176 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000ML | 2,00 ✓ |
| CLINICA0204 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2,00 ✓ |
| CLINICA0024 | AMLODIPINO BESILATO TABLETA 5 MG | 1,00 ✓ |
| CLINICA0094 | CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1,00 ✓ |
| CLINICA0176 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000ML | 2,00 ✓ |
| CLINICA0204 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2,00 ✓ |
| CLINICA0226 | METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML | 1,00 ✓ |
| CLINICA0197 | TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 1,00 ✓ |

• terapia ocupacional
 Sanchez Rodriguez

• piso @ @

20/7/21

INGRESO:69070**DATOS DEL PACIENTE**

Paciente: AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS **No. Historia:** 7514840
Identificación: Cédula_Ciudadanía 7514840 **Fecha Nacimiento:** 07/05/1952
Empresa: CONO EPS SANITAS CONTRIBUTIVO
0101
Edad: 69 Años \ 1 Meses \ 2 Días **Estrato:** COTIZANTE A

DATOS DEL INGRESO

Control Interno: **Autorización:** 144229515
Tipo de Atención: Ambulatorio **Fecha de Ingreso** 9/06/2021 11:44:55 a. m.
Usuario 1090406318
Cama:
Centro de Atención: 001 CLINICA META S. A.

Medico:

Especialidad:

DATOS DE LA REMISION**No. Remisión:** **Fecha de Remisión:****Acudiente:****Valor Remitido:** 0,00

Ips:

Observaciones: CX PROGRAMADA CUPS 815103 VOLANTE 144229515**Diagnóstico Principal:**

Finalidad de la Consulta

1. Atención del Parto
2. Atención del Recien Nacido
3. Atención en Planificador Familiar
4. Detención Alteraciones Crecimiento Y Desarrollo del menor de 10 años
5. Detención Alteración del desarrollo joven.
6. Detención Alteración Embarazo
7. Detención Alteración del Adulto
8. Detención de Alteración de Agudeza Visual
9. Detención Enfermedad Profesional
10. No Aplica



INVERSIONES CLINICA META S.A.

COMPROBANTE DE RECIBO DE SERVICIOS

CODIGO: GF

VERSION: 02

FR: 48

FECHA: 30/08/2018

Yo Pedro Luis Agudelo Lopez identificado con documento de identificación número 7514840 declaro bajo la gravedad de juramento, que recibí atención en INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. desde el día 09 del mes de 06 de 20 21

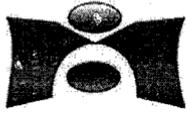
En constancia firmo el día 09 del mes de 06 de 20 21

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE Valentina Agudelo Garzón
CC.

Teléfono: 3144724301- 3102964741

Dirección: Km 5 vía Restrepo. Eco Hotel La Rosita.





INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONTROL DE RECIBO Y ENTREGA DE PERTENENCIAS
DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

CODIGO: HO
VERSION: 01
FR: 03
FECHA: 01/12/12

| HISTORIA N° | SERVICIO | HORA | HAB N° | FECHA | | |
|-----------------|------------------|------------|--------|-------|-------|-------|
| 7314840 | Hospitalización | 21:00 | 218 A | DD 09 | MM 06 | AA 21 |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | | | | |
| Acudelo | topes | Pedro Luis | | | | |

DESCRIPCION DE LAS PERTENENCIAS RECIBIDAS

Se explican los procesos de la Institución. Se explica al paciente y a su familia que no debe dejar objetos de valor (celulares, prótesis, dinero, joyas) en la habitación.

Valentina Agudelo Garzón

FIRMA DEL PACIENTE

Valentina Agudelo Garzón

FIRMA DEL PACIENTE

Angelica Ganón

FIRMA DEL AUXILIAR QUE RECIBE

Angelica Ganón

FIRMA DEL AUXILIAR QUE RECIBE



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
AUTORIZACION DE ATENCION DEL PACIENTE

CODIGO: HC
VERSION: 01
FR: 14
FECHA: 01/12/12

| HISTORIA N° | SERVICIO | HAB N° | FECHA |
|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| 7514840 | Hospitalización | 218 A | DD 09 ME 06 AA 12 |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | |
| Aquedelo | Topaz | Pedro Luis | |

El suscrito paciente, o su apoderado (en caso de pacientes menores de edad y aquellos que no tienen capacidad de discernimiento por sus condiciones clínicas), autorizo al personal médico y paramédico del servicio de Hospitalización para que al paciente Pedro Luis Aquedelo identificado con cédula de ciudadanía 7514840, se le realicen los procedimientos que como parte del plan de atención del servicio se requieren.

Entre los procedimientos que se pueden requerir están incluidos la intubación traqueal, el paso de cateter en la vejiga, en las venas y arterias de brazos y piernas o aún del tórax o del cuello, la ventilación mecánica, el paso de sondas al tórax. Pueden haber otros procedimientos necesarios de urgencia que no esten incluidos en la lista, entre otros la transfusión sanguínea, la desfibrilación, el masaje cardiaco externo o directo, etcetera.

Se han explicado a satisfacción lo que significan estos términos, sus riesgos y complicaciones así como la necesidad de realizarlos.

La información diaria o con la periodicidad que la clínica tiene definida o mi estado de salud así lo requiera, debe ser recibida además del suscrito por _____

Parentesco _____ Tel _____ Dirección _____

Nombre del médico

112107007
RM

Valentina Aquedelo Garzón

Nombre del responsable del paciente

1121941002
N° de CC



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
INVENTARIO HABITACIONES
EDIFICIO C

CODIGO: HO
VERSION: 01
FR: 50
FECHA: 11/04/13

NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro bio Apuleo Lopez

Nº HAB: 218A

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE O FAMILIAR:

| ELEMENTOS | CANTIDAD | FUNCIONAMIENTO | | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|----------|----------------|------|---------------|
| | | BUENO | MALO | |
| TELEVISOR | | | | |
| CONTROL DEL TELEVISOR | X | | | |
| AIRE ACONDICIONADO | X | | | |
| CONTROL DEL AIRE ACONDICIONADO | X | | | |
| VENTILADOR | X | | | |
| TELEFONO | X | | | |
| TIMBRE | 1 | | | |
| GUARDABILLAS | 1 | | | |
| MESA DE PUENTE | 1 | | | |
| MESA DE NOCHE | 1 | | | |
| SILLA | 1 | | | |
| ALMOHADA | X | | | |
| SABANA | X | | | |
| COBRESABANA | X | | | |
| FUNDA | X | | | |
| PATO PISINGO | 1 | | | |
| PATO | 1 | | | |
| RIÑONERA | 1 | | | |
| ALFETRILO | 1 | | | |
| ESCALERILLA | 1 | | | |
| CAMA | 1 | | | |
| CONTROL DE CAMA | X | | | |
| CANECAS | 3 | | | |
| RETENEDOR DE PUERTA | X | | | |
| OTROS | X | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FECHA DE INGRESO: 9-08-21

FECHA DE SALIDA:

ENTREGADO POR:

ENTREGADO POR:

RECIBIDO POR: Angelica Sanchez

RECIBIDO POR:



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

CERTIFICADO DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDAS

CODIGO: HOS
VERSION: 01
FR: 070
FECHA: 12/05/2020

Fecha: 09-06-21
Nombre completo del paciente: Perlio Luis Agudelo Lopez
Número de identificación: 7514840
Nombre de quien brinda la información: Angelica Garzón
Servicio: Hospitalización

Información:

1. ¿Cómo deben permanecer las barandas de las camas?

Elevadas

2. ¿Qué debe hacer antes de levantarse de la cama?

Dentarse 15 minutos

3. ¿Mencione al menos 2 medidas para evitar caídas?

barandas elevadas
evitar piso mojado
zapatos Antideslizantes

4. Fue informado acerca de que usted o su familiar requiere acompañe permanente ?

SI NO

Nombre del paciente y/o cuidador: Valentina Agudelo Garzón

No. documento de identificación: 1121941002

INVERSIONES CLINICA META S.A. HISTORIA CLÍNICA

Pagina 1/2

10

HC EVALUACION PRE - ANESTESICA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ

Edad 68 Años \ 10 Meses \ 8 Días

Fecha Nacimiento 07/05/1952

Sexo Masculino

Direccion CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA

Ingreso 40085

DOCUMENTO / HISTORIA 7514840

Estado Civil Casado

Telefono 3153261177-3102764741

Fecha Ingreso 15/3/2021 08:31:14

Procedencia VILLAVICENCIO

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS Regimen Contributivo

Estrato COTIZANTE A

Nombre Acudiente Telefono

Parentesco

Nombre Acompañante Telefono

FOLIO N° 1

Fecha/Hora inicio Folio 15/3/2021 08:49:24

Fecha/Hora Grabación 15/3/2021 08:58:11

Fecha/Hora Confirmación 15/3/2021 08:58:11

INFORMANTE:

PACIENTE

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUIEN REFIERE PRESENTAR DOLOR EN CADERA IZQUIERDA DESDE HACE 2 AÑOS

DX PREQUIRURGICO: ARTROSIS DE CADERA

PROCEDIMIENTO PROPUESTO: REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA

ANTECEDENTES RELEVANTES PARA ANESTESIA

HTA TRATADO CON LOSARTAN 50 MG CADA 12 HORAS/AMLODIPINO 5 MG/DIA/ARTROSIS NAPROXENO OCASIONAL/NEGATIVA ALERGIAS/MANGA GASTRICA HACE 10 AÑOS ANESTESIA GENERAL/SCVARICORICO/ELECTOMIA IZQUIERDO BAR/RETENCION URINARIA/CORECCION DEDO EN GATILLO MANO DERECHA ANESTESIA LOCAL

CLASE FUNCIONAL: I

EXAMEN FISICO

TA: 124 / 75 TAM: FC: 72 FR: 16 PESO: 93 TALLA: 182 IMC: SaO2: 97 %

Ojos: Pupilas: Isocóricas Anisocóricas Conjuntiva Tarsal: Hiperémica Rosada PálidaEdentulismo: II Apertura Oral: 4.0 Dientes: Normal Mal Estado Edentulo en: SIAnálisis dental: Superior: Total Parcial Fija Removible Inferior: Total Parcial Fija Removible

Cuello: Flexoextensión: Normal Traquea: NORMAL Distancia Mentotiroidea: NORMAL

Genitourinario y Neurológico NORMAL

TÓRAX: Normal

CARDIO / PULMONAR: Normal

ABDOMEN: Normal

EXTREMIDADES: Normal

PARACLINICOS

FECHA DE LOS PARACLINICOS: 9 de marzo de 2021

Hb: 11.3 g/dl Hcto: 36.7 % Glicemia: 90.4 mg/dl Creatinina: 0.8 mgrs % Hemoclasificación:

PT: 12.3 / 0.0 PTT: 29.4 / 0.0 INR: 1.0 Plaquetas: 247.0 Albumina: 0.0 Sodio: 0.0 Potasio: 0.0

Cloro: 0.0 BUM: 13.8 ASA:

HEMOCLASIFICACIÓN: A RH: Positivo

ECG: RITMO SINUSAL

RX TÓRAX:

PLAN ANESTESIA: PROGRAMAR CIRUGIA REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA Y UNO 8 HORAS PREVIO STOMAR LOSARTAN 50 MG DIA DE LA CIRUGIA RESERVAR 2 UNIDADES DE COINCENTRADO GLOBULAR ANESTESIA REGIONAL

INTUBACIÓN DIFÍCIL: No

OTROS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Si

OBSERVACIONES: SE ATIENDE PACIENTE UTILIZANDO EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL RECOMENDADO POR INSTITUCION Y OMS

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|--|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> Definitivo |



**INVERSIONES CLINICA META S.A.
HISTORIA CLÍNICA**

HC EVALUACION PRE - ANESTESICA

DATOS PERSONALES

| | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|-----------------------------------|
| Nombre Paciente | PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | DOCUMENTO / HISTORIA | 7514840 |
| Edad | 68 Años \ 10 Meses \ 8 Días | Sexo | Masculino |
| Fecha Nacimiento | 07/05/1952 | Direccion | CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA |
| Procedencia | VILLAVICENCIO | Ingreso | 40085 |
| DATOS DE AFILIACIÓN | | Estado Civil | Casado |
| Entidad | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. | Regimen | Contributivo |
| Nombre Acudiente | | Telefono | |
| Nombre Acompañante | | Telefono | |
| FOLIO N° 1 | | Fecha/Hora inicio Folio | 15/3/2021 08:49:24 |
| Fecha/Hora Grabación | 15/3/2021 08:58:11 | Fecha/Hora Confirmación | 15/3/2021 08:58:11 |

DOCUMENTO / HISTORIA 7514840
 Estado Civil Casado
 Telefono 3153261177-3102764741
 Fecha Ingreso 15/3/2021 08:31:14
 Estrato COTIZANTE A
 Parentesco

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE OBSERVACIONES
 HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA


 R.M.: 1045752224
 Anestesiología

Profesional: CARDOZO SANDOVAL MARIA HERCILIA
 R . M . : 1045752224
 ANESTESIOLOGIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: lunes, 15 marzo 2021

Usuario: 1045752224

LICENCIADO A: [INVERSIONES CLINICA META S.A.] NIT [892000401-7]

EXPOSICION Y REDUCCION DE FEMUR, RASPAS, PRUEBAS, LAVADO CON SSN, COLOCACION DE VASTAGO FEMORAL NO CEMENTADA
 14. CABEZA METALICA 36 STANDART.
 REDUCCION DE CADERA CON ADECUADA ESTABILIDAD ... LAVADO CON SSN
 CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL CUIBRIMIENTO, NO COMPLICACIONES

PLAN HOSPITALIZAR, ANTIBIOTICO Y ANALGESIA IV, ENOXAPARINA, RX POP, CH MAÑANA
PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA NO CEMENTADA DE JHONSON & JHONSON

¿Los procedimientos realizados son distintos al solicitado o hizo un procedimiento adicional?
 Justificación SE REALIZA CIRUGIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA, POR ALTA SINTOMATOLOGIA DE LA PACIENTE

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|---|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | L <input checked="" type="checkbox"/> Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| ENTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|---------|--------|-------------|
|---------|--------|-------------|



**INVERSIONES CLINICA META S.A.
HISTORIA CLÍNICA
INFORME QUIRURGICO**

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ **ESTADO CIVIL** Casado **Apertura HC:** 09/06/21 11:44

HISTORIA CLINICA: 7514840 **IDENTIFICACION** 7514840 **FOLIO** 3 **Cierre HC:** 09/06/21 15:14

Direccion: CARRERA 41 N 44-24 BARRIO PANORMA **Telefono:** 3153261177-3102764741

Procedencia: VILLAVICENCIO **Fec. Nacimiento:** 07/05/1952 **Edad:** 69 Años \ 1 Meses \ 2 Días

Ocupacion: **Plan:** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S.

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS S.A.S. **Nivel / Estrato** COTIZANTE A

Tipo de Regimen: Regimen_Simplificado **Sexo:** Masculino **Ingreso:** 69070

Nombre Responsable : **Fecha ingreso :** 09/06/21 11:44

Direccion Responsable: **Telefono Responsable:**

Causa Externa: Enfermedad_General

Finalidad de Consulta: No_Aplica

PERSONAL QUE PARTICIPA EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

HORA INICIAL: 9/06/2021 1:30:00 p. m. **HORA FINAL:** 9/06/2021 3:00:00 p. m.

QUIRURGO: 86042012 GUTIERREZ PARRADO JORGE ENRIQUE **1er AYUDANTE:** 1121848023 AGUIRRE MELO CATALINA

2do AYUDANTE: **3er AYUDANTE:**

ANESTESIOLOGO: 86080781 RODRIGUEZ LOPEZ ANDRES STEVENS **INSTRUMENTADOR:** 1030631788 ORTIZ RUIZ LADY MATYURY

INTERVENCIÓN PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

815104 815104I - REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)

Uso de material especial Si **Cuál:** PROTESIS TOTAL de cadera : TALLO FEMORALNO CEMENTADO14, COPA NO CEMENTADA 56, INSERTIO POLIETILENO 36 X 56, CABEZA METALOCA 36 STANDART, IOBAN, U DRAPE

Clasificación de la herida Limpia **Recuento de compresas** Completa

Gangrado MODERADO

TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMIA PATOLOGICA
NO

DESCRIPCIÓN HALLAZGOS OPERATIVOS

ARTROSIS DE CADERA IZQUIERDA
DISCOPATIA LUMBAR

NOTAS QUIRÚRGICAS

ASEPSIA Y ANTISEPSIA, ANESTESIA RAQUIDEA, DECUBITO LATERAL DERECHO, U DRAPE, IOBAN
INCISION LATYERAL ABIORDAJE POSTEROLATERAL DE GIBSON, LUXACION DE CADERA IZQUIERDA, OSTEOTOMIA EN EL CUELLO FEMORAL, EXPOSICION LIMPIEZA Y PREPARACIONN DE ACETABULO.
LAVADO CON SSN, COLOCACION DE COPA NO CEMENTADA 56, CON ADECUADSA FIJACION POR PRESSFIT, COLOCACION DE INSERTO DE POLIETILENO 36 X 56.
EXPOSICION Y PREPRACIONN D EFEMUR, RASPAS, PRUEBAS, LAVADO CON SSN, COLOCACION DE VASTAGO FEMORAL NO CEMENTHTAD 14, CABEZA METALICA 36 STANDART.
REDUCCION DE CADERA CON ADECUADA ESTABILIDAD ... LAVADO CON SSN
CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL CUIBRIMIENTO, NO COMPLICACIONES

PLAN HOSPITALIZAR, ANTIBIOTICO Y ANALGESIA IV, ENOXAPARINA, RX POP, CH MAÑANA

PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

REEMPLAZO TOTAL DE CADERA IZQUIERDA NO CEMENTADA DE JHONSON & JHONSON

¿Los procedimientos realizados son distintos al solicitado o hizo un procedimiento adicional?
Justificación SE REALIZA CIRUGIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA, POR ALTA SINTOMATOLOGIA DE LA PACIENTE

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

| CODIGO | NOMBRE | OBSERVACIONES | PRINCIPAL | TIPO |
|--------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| M161 | OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | <input checked="" type="checkbox"/> | Presuntivo |

PLAN DE TRATAMIENTO

| ENTIDAD | NOMBRE | OBSERVACION |
|---------|--------|-------------|
| | | |

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: miércoles, 09 junio 2021

Usuario: 86042012

LICENCIADO A: [INVERSIONES CLINICA META S.A.] NIT [892000401-7]

Profesional: GUTIERREZ PARRADO JORGE ENRIQUE

Registro profesional: 86042012



INVERSIONES CLINICA META S.A.
HISTORIA CLÍNICA
INFORME QUIRURGICO

NOMBRE DEL PACIENTE: PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ

ESTADO CIVIL Casado

Apertura HC: 09/06/21 11:44

HISTORIA CLINICA: 7514840

IDENTIFICACION 7514840

FOLIO 3

Cierre HC: 09/06/21 15:14

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 4 | LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000ML | 60 CC HORA |
| 4 | CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 GR IV CADA 6 HORAS |
| 8 | DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA 6 HORAS |
| 3 | TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG IV CADA 8 HORAS |
| 3 | METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML | 10 MG IV CAADA 8 HORAS |
| 1 | ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA INICIAR LAS 10 PM |

EXAMENES SOLICITADOS

| NOMBRE | OBSERVACIONES |
|--|---|
| RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (APLATERAL) | RX DE AMBAS CADERAS, SOLO AP, CENTRADA EN PUBIS |
| HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA CUANTITATIVO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO | CH MAÑANA A LAS 7 AM |

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

| CUPS | Nombre | Inicio Cirugía | Fin Cirugía | Minutos Qx |
|--------|---|----------------|-------------|------------|
| 815104 | 815104I - REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA) | | | 0 |

Lugar de Intervención Especialista
Observaciones

Profesional: GUTIERREZ PARRADO JORGE ENRIQUE
R. M. .: 50-9/97
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 7-514-840

AGUDELO LOPEZ

APELLIDOS: PEDRO LUIS

NOMBRES:

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO: 07 MAY 1952

SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)

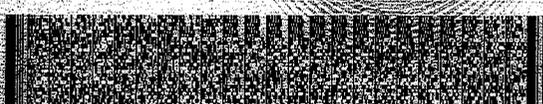
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA: A+ SEXO: M
G.S. RH

27-AGO-1973 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADO NACIONAL
CARLOS GABRIEL SANCHEZ TORRES



A-5200100-00242439-M-0007514840-20100624 0022462573A 1 6720791910



INVERSIONES CLINICA META S.A.

COMPROBANTE DE RECIBO DE SERVICIOS

CODIGO: GF

VERSION: 02

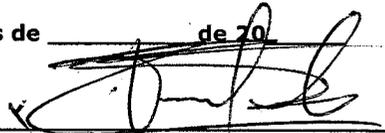
FR: 48

FECHA: 30/08/2018

Yo Adro Aguado Lopez identificado con documento de identificación número 75148840 declaro bajo la gravedad de juramento, que recibí atención en INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. desde el día _____ del mes de _____ de 20_____

En constancia firmo el día _____ del mes de _____ de 20_____

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE


CC. 75148840

Teléfono: X _____

Dirección: X _____

Hospitalizar.

P. Renovar Autorización



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

CODIGO: CI
VERSION: 03
FR: 01
FECHA: 27/09/17

REQUISITOS PARA SU CIRUGIA

NOMBRE DEL USUARIO Pedro Luis Aquidelo
Nº IDENTIFICACIÓN 751440
FECHA DE LA CIRUGIA 9-Junio/2021
HORA DE PRESENTARSE A CIRUGIA 11:30 HORA REAL DE CIRUGIA 1:00 pm

SEÑOR USUARIO RECUERDE

ANTES DE LA CIRUGIA 5:00 am comome + jugo agua + no tension - nada mas

- * No ingerir ningún tipo de alimento, ni líquidos ocho (8) horas antes de la cirugía
- * El día anterior a la cirugía debe tomar únicamente dieta líquida, NO sólidos, NO gaseosas principalmente oscuras, NI leche o sus derivados
- * Acudir el día de la cirugía con un acompañante mayor de edad
- * Si es menor de edad debe venir con uno de los padres y/o acudiente y no se puede retirar de la institución hasta que el personal de cirugía o el especialista le indique
- * Realizar baño general con jabon de "Clorhexidina" al 2% o al 4% el cual se debe aplicar desde el cuello hacia los pies (no debe tener contacto con la cabeza ni la cara)
- * Realizar aseo bucal con cepillado dental y baño de la cabeza con shampoo.
- * ~~No traer joyas, NO maquillaje, NO esmalte en uñas de manos y pies, NI traer lentes de contacto, NI celulares, en caso de pérdidas la institución no responde~~
- * La Tricotomía (Rasurado) debe realizarlo previa orden médica o por criterio de higiene personal, de lo contrario el procedimiento debe hacerse antes de la cirugía en el quirófano.
- * Presentarse en la institución una (1) hora antes de la cirugía, o dos (2) horas si tiene que realizar trámites administrativos (Autorización, copagos, solicitud por línea NVD) 11:30 am urgencias.
- * Si es hipertenso o Diabetico y toma un medicamento diariamente, tomarlo con un sorbo de agua o una mínima cantidad de agua
- * Si toma Aspirina DEBE SUSPENDERLA mínimo 7 días antes de la cirugía, si es Heparina de bajo peso molecular debe suspender 12 horas antes.
- * Si presenta tos, fiebre, malestar general o gripa informar el día antes o al llegar a la institución, para que sea valorado por el anesthesiólogo 6614400 ext 1114
- * El día de la cirugía debe venir en ropa comoda (Sudadera, pantalon corto, bermudas y busos anchos), y traer un bolso para empacar sus pertenencias y dejarlo al cuidado del acompañante.
- * Debe traer exámenes medicos ordenados como: Rayos X, laboratorios, valoración preanestésica, ecografías y exámenes especiales si los tiene y recordar reclamarlos al ser dado de alta y si los rayos x o exámenes especializados estan en el sistema avisar de igual manera. Traerlos.
- * Recuerde traer la documentación completa (Fotocopia del documento de identidad: cédula, registro civil o tarjeta de identidad, carnet de la EPS, autorizaciones vigentes y/o respectivos codigos de autorizacion y copagos si los requiere)
- * Si la cirugía fue programada ambulatoriamente (Reemplazos Articulares, Cirugia General Mayor y Ginecología Mayor) y requiere hospitalización despues de la cirugía, debe presentar los papeles en la ventanilla de autorizaciones para solicitar la validación y radicación de la autorización, y luego dirijase al servicio de cirugía ambulatoria o al servicio de cirugía
- * En cirugía Ginecológica si esta con el periodo menstrual consulte con el médico tratante o personal de cirugía ambulatoria si hay necesidad de reprogramar su cirugía (Más por razones personales que por la institución)
- * En cirugía de Neurocirugía recuerde TRAER los exámenes especiales como resonancias, TAC, Rayos X, y la evolución(es) que le fue entregada por el Médico tratante
- * En cirugía de Ortopedia debe TRAER los Rayos X, historia completa, exámenes especiales debe reclamarlos al salir de la institucion, en caso de no reclamarlos la Clinica no se hace reponsable de guardarlos.

- * Recuerde que siempre se corre el riesgo de no iniciar cirugía a la hora indicada, por lo regular se citan dos usuarios a la misma hora, por si se presenta una eventualidad (por ejemplo cancelación por enfermedad o inasistencia de algún usuario) por lo cual se continua con el siguiente usuario y así se disminuye el riesgo de perder tiempo quirúrgico, por lo cual le solicitamos tener paciencia en la espera al turno.
- * Recuerde siempre desocupar la vejiga antes del procedimiento y si lleva mucho tiempo en el área de ingreso informe al auxiliar de enfermería para pasarlo al baño antes del traslado a la sala quirúrgica.
- * Recuerde que debe estar firmado el consentimiento informado antes de la cirugía y en lo posible diligenciarlo con el médico tratante y preguntar las dudas que tenga acerca de su cirugía.

LISTA DE CHEQUEO INGRESO A CIRUGIA

| | SI | NO |
|--|----|----|
| Se confirma nombre del usuario y número de identificación | | |
| Se confirma papelería y autorización del usuario | | |
| Verificación de ayuno y normas mínimas para su ingreso a cirugía | | |
| Se realizó baño con Clorhexidina al 2% o 4% | | |
| Se traslada al servicio de cirugía en silla de ruedas | | |
| Se entrega historia clínica completa, exámenes y Rayos x o se informa si están en el sistema | | |
| Se confirmó y se dio indicaciones al usuario y/o familiar acerca de la cirugía días antes de la cirugía (En caso de ser programada por cirugía ambulatoria). | | |

Nombre Auxiliar de Enfermería _____

DESPUES DE LA CIRUGIA

- * En toda cirugía según su especialidad recuerde cumplir estrictamente las ordenes médicas entregadas por el personal ya que son las ordenes medicas impartidas y mas si son medicamentos.
- * Consuma alimentos líquidos despues de las tres (3) horas de realizado el procedimiento y seis (6) horas despues puede consumir comida normal
- * Asista al control medico según la orden medica a los ocho (8) ó quince (15) días según indique el médico.
- * Recuerde solicitar la cita de control en el lugar que le indique el personal del servicio de Cirugía y solicitar el mismo día que sale de la cirugía o llamar al siguiente día, para así lograr la oportunidad.
- * Lleve al control médico el informe quirúrgico si lo tiene o si esta en el sistema el medico lo revisa, como tambien el reporte de los exámenes solicitados como (Patologías, Rayos X de control, etc)
- * Recuerde, si el procedimiento fue con anestesia raquidea o peridural (Anestesia que se coloca en la espalda), no debe levantar la cabeza frecuentemente en las primeras dos (2) horas, para evitar la cefalea pospunción, la cual es un evento adverso por lo que se debe reconsultar por el servicio de urgencias.
- * Evalúe periódicamente el sitio de la herida quirúrgica, y en caso de enrojecimiento, calor, inflamación, salida de líquidos, mal olor, sangrados o cualquier aspecto raro consultar al servicio de urgencias o area asignada para curaciones.
- * En caso de vomito, dolor persistente de cabeza o dolor y/o tumefacion (Abombamiento de la piel), del sitio operatorio, debe consultar al servicio de urgencias
- * Si la cirugía es de ortopedia en miembros superiores o inferiores (Brazos o piernas), recuerde mantener en alto el miembro afectado, y si es mano o codo colocar cabestrillo solo por orden medica.
- * En caso de Reemplazos Articulares o Cirugia de Ortopedia mayor debe realizar baño con Clorhexidina el día anterior a la cirugía y el mismo día de la cirugía, el baño debe hacerse del cuello hacia abajo y recuerde que debe seguir las indicaciones del medico tratante con respecto a los cuidados y curacion cuando ha sido dado de alta, para evitar riesgos de Infeccion del sitio operatorio
- * En el posoperatorio Inmediato no levantarse solo para ir al baño, en caso de alguna necesidad FAVOR PEDIR ayuda al personal encargado con el fin de disminuir riesgos de caídas.
- * Si es un menor de edad no debe dejar su hijo solo en la camilla bajo efectos de anestesia y las barandas siempre deben estar subidas, así se disminuye el riesgo de caídas.

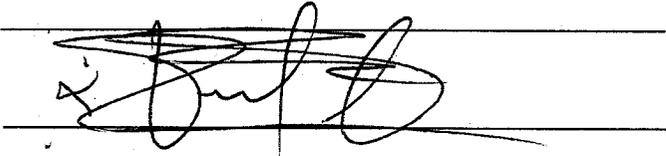
- * Si en el posoperatorio le han dejado yeso en alguno de los miembros (Brazos ó piernas) recuerde no mojarlo y cubrirlo con un plástico al momento del baño diario.
- * En caso de cirugía de venas en los miembros inferiores (piernas) recuerde que debe caminar para evitar trombos, retire las vendas al tercer día del procedimiento y bañe la extremidad con agua tibia, retirando las gasas, asegurese de no quitar el micropore y en caso de que se caiga coloquelo nuevamente en cruz y cubra nuevamente con una venda elástica no muy ajustada, teniendo en cuenta de empezar a colocar el vendaje de los dedos de los pies hacia arriba y mientras este sentada ubique la pierna en alto.
- * Recuerde para la curación tener en cuenta que debe hacerse a las 24 horas siguientes a la cirugía, y debe realizarse con guantes estériles, gasa estéril y suero fisiológico y una solución desinfectante solo si lo requiere u ordena el especialista, de lo contrario realizar de forma circular del centro hacia afuera con la yema de los dedos y la solución salina; y si hay mucho exudado utilizar gasas con solución, y solo se cubre si hay presencia de salida de exudado, de lo contrario se deja destapada o según le indique el médico.
- * En caso de ser materna recuerde que el contacto de madre-hijo es una relación permanente y se inicia desde el área de recuperación, al igual que la lactancia materna es primordial para el recién nacido en los primeros seis meses y antes de colocar al lactante debe limpiar los pezones con solución salina.
- * En el transcurso de la mañana el personal de vacunación la visitara e iniciara el programa de vacunación y le dara indicaciones a seguir como le hace entrega del carnet de vacunación el cual debe presentarlo en todas las citas para tal fin.
- * Recuerde solicitar cita de control a los ocho días con el médico tratante para la madre y al recién nacido para iniciar programa de control de crecimiento y desarrollo del menor, y el programa de Planificación Familiar
- * Recuerde seguir las instrucciones dadas por su médico tratante y personal de enfermería a la salida de la institución, así mismo como la importancia de los cuidados posoperatorios en la casa para el éxito de su cirugía.
- * Recuerde que posterior a seis (6) horas ya su alimentación es normal y las actividades diarias son normales y en lo relacionado a su actividad física se regulan sin exceder en alzar peso así como su actividad sexual debe consultar con el médico tratante cuando la reinicia.
- * En caso de alguna duda favor comunicarse al siguiente número telefónico 6614400 ext 1114
- * Si necesita presentar una queja acerca de la atención prestada por el personal que lo atendió dentro y fuera del quirófano, o hacer sugerencias para mejorar el servicio favor dirigirse al servicio de Atención al Usuario (Primer piso de la institución)

LISTA DE CHEQUEO AL EGRESO DEL USUARIO

| | SI | NO |
|---|----|----|
| A su egreso de la Institucion se dio indicaciones al usuario y/o familiar acerca de los cuidados con relacion al tipo de cirugía realizada | | |
| El usuario y/o familiar comprende las recomendaciones dadas al momento del alta | | |
| Se le entrega al usuario el paquete con: ordenes médicas, orden de cita de control, informe quirúrgico, incapacidad y recomendaciones. | | |
| El usuario sale de la institución acompañado por un funcionario de la institución hasta la puerta de salida bien sea en silla de ruedas o caminando con apoyo | | |

NOTA Agradecemos sus comentarios, ya que estos nos ayudaran a mejorar nuestro servicio para usted mismo o un familiar o amigo en una próxima oportunidad

Nombre del Usuario y/o Familiar: _____

Firma:  _____



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONSENTIMIENTO INFORMADO
REEMPLAZO DE CADERA

CODIGO: CI
VERSION: 01
FR: 43
FECHA: 01/12/12

Dentro de las normas éticas exigidas por el profesional médico en Colombia en la Ley 23 de 1981 se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos los pacientes, los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Art. 15 y 16) Por tanto en el presente documento escrito se informa a usted y su familia acerca del procedimiento que le será practicado por lo que de puño y letra llene los espacios en blanco.

El ó la paciente pedro luis Agudelo Lopez de 68 años
identificado con CC 7514040 de Armenio
Y/O el señor/señora _____ identificado con CC _____
de _____ en calidad de representante legal, familiar o allegado

DECLARAN

Que el Doctor Jose E. Guehen identificado con CC 80042017
de Neiva; Cirujano Ortopedista con RM 02-9191 me ha explicado la
siguiente información acerca de la cirugía de **REEMPLAZO DE CADERA** izquierda

1. Usted o su familiar va a ser intervenido quirúrgicamente de Cirugía Reemplazo de Cadera, la cual consiste en la sustitución parcial o total de la articulación utilizando una prótesis que van anclados al hueso mediante cementos acrílicos o material de osteosíntesis, para restaurar el movimiento articular.
2. Debe saber que el reemplazo de cadera se realiza a personas adultas con daño irreparable de la cadera, le les produce dolor y gran incapacidad para el movimiento, por ser una cirugía compleja requiere anestesia y los resultados que se buscan es disminuir el dolor y restaurar la función articular en un tiempo promedio de tres a seis meses
3. La cirugía de Columna requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesiología, igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia por parte de un anestesiólogo escogido por la Clínica o por mi médico y los autorizo para que utilice la anestesia que considere más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica, he sido advertido por el Doctor D. Rodrygo con M 8015926 sobre los riesgos de la anestesia general como dolor en la garganta, irritación de la misma aérea, somnolencia durante las siguientes 4 a 6 horas. Que para mi caso implica la aplicación de la anestesia y se me ha informado por parte del profesional.
4. La cirugía Reemplazo de Cadera, si no se realiza la cirugía es previsible el empeoramiento progresivo de la sintomatología dolorosa y de la discapacidad para la marcha aumentando la obesidad y trastornos depresivos en los pacientes. Los riesgos quirúrgicos más comunes son: rigidez articular, diferencia en la longitud de los miembros inferiores debido al acortamiento o alargamiento de las prótesis en la adecuación al hueso.
5. Determinada la situación médica pueden darse otros efectos que aunque poco frecuentes revisten de gravedad y es importante conocerlos: infección en el sitio de la herida, se puede tratar con antibióticos y si no cede hay que pensar en retirar la prótesis; TROMBOEMBOLISMOS: si se sospecha de dolor, edema o inflamación en la pantorrilla o en el muslo, aunque se realizan medidas preventivas, suelen presentarse y su tratamiento es largo; AFLOJAMIENTO: El aflojamiento de la prótesis puede desarrollarse en un corto, mediano o largo plazo siendo necesaria la reintervención por el dolor agudo que se pretenda; LUXACION: Se puede desencajar la cabeza femoral por lo cuál se buscaría mediante anestesia reducir la luxación y encajar nuevamente la prótesis; RUPTURA Y DESGASTE DEL MATERIAL: Proceso mediante el cuál por el tiempo y los mismos antecedentes se pueden desgastar los materiales o presentar ruptura del mismo lo cual implicaría una revisión o una reintervención.

6. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente y sus patologías asociadas como (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, obesidad) llevan implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Para disminuir estos riesgos es necesario que el paciente advierta al médico sobre antecedentes personales como alergias medicamentosas, alteraciones en los procesos de coagulación, enfermedades pulmonares etc. De igual forma puede ser requerida una transfusión sanguínea la cual la determina el anestesiólogo, basado en los laboratorios de control.

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo y el Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto de mi procedimiento _____
por ello manifiesto

observaciones y preguntas al respecto de mi procedimiento _____

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos posibles

Y en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice una cirugía de **REEMPLAZO DE CADERA**

Firma Paciente: _____

Firma Testigo: _____

Firma Medico: _____

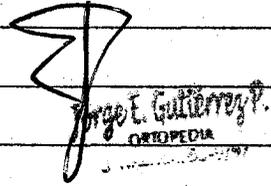
Ciudad y Fecha: _____

En caso de ser un menor de edad o persona mayor de 60 años y/ o persona con enfermedad mental, firma la autorización del procedimiento quirúrgico el representante legal como conocedor de los riesgos inherentes al procedimiento.

Firma o huella dactilar Paciente: ~~_____~~ a 7 15 10

Firma Representante Legal: ~~_____~~ 4038597 V/dio

Firma Medico: _____

Ciudad y Fecha: Uru Juio 9 / 2021 

En uso de mis facultades mentales y como persona mayor de edad hago **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO** prestado a la fecha _____ de no querer seguir con el procedimiento requerido y doy por terminado el seguir con el tratamiento.

Firma de paciente: _____ CC. _____

Firma del Medico: _____ RM. _____

Ciudad y Fecha: _____



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

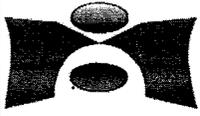
CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

| HISTORIA N° | SERVICIO | HAB N° | FECHA | | | |
|-------------|----------|--------|-------|-------|-------|--|
| 7.514840 | C* | | DD 09 | MM 06 | AA 21 | |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|-----------------|------------------|------------|
| Agudelo | Lopez | Pedro Luis |

| FECHA | 09 | | | | | | | | | |
|---|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | A.M | P.M | A.M | P.M | A.M | P.M | A.M | P.M | A.M | P.M |
| FR + 1000 ml = 1 Angiocath #13 eg. macw = 1 | | 13:00 | | | | | | | | |
| Make 3-105 Cst - anestesia Cedaxolona 2gr | | 13:00 | | | | | | | | |
| Trametil x 1000 w 4/8h Ad m 00m | | 14:00 | | | | | | | | |
| Mefenopamul x 1000 y 4/8h | | 14:00 | | | | | | | | |
| X 10000 f Benzol | | 16:00 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MAÑANA | Osln B | | | | | | | | | |
| TARDE | SPH | | | | | | | | | |
| NOCHE | | | | | | | | | | |



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

| HISTORIA N° | SERVICIO | HAB N° | FECHA | | | | | | | |
|--|------------------|-------------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 7514240 | Cx | | DD 09 | MM 06 | AA 21 | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | | | | | | | | |
| Aquileo | Lopez | Pedro Luis | | | | | | | | |
| FECHA | 09 | | 10 | | 11 | | 12 | | 13 | |
| DROGA Y DOSIS | A.M | P.M | A.M | P.M | A.M | P.M | A.M | P.M | A.M | P.M |
| Paracetamol 500mg = 1 Dipirone 500mg = 1 Florfenicol 500mg = 1 Dipirone 500mg = 1 Acidulor 500mg = 1 | | 1330 | | | | | | | | |
| J. Ringo 1000mg = 1 L.G. | | 1345 | | | | | | | | |
| Dipirone 500mg = 1 Diclofenac 75mg = 1 Dexametasona 4mg = 2 Dipirone 500mg = 1 gotas | | 1400 | | | | | | | | |
| Paracetamol 500mg = 1 Electrolitos = 1 Succion = 1 E-irrigaciones 4 = 1 SSN 1000mg = 1 | | 1400 | | | | | | | | |
| Estrogimex = 1 Udrope = 1 Loban 700mg = 1 Eutacoma 400mg = 1 Lamer 3000mg = 1 | | 1400 | | | | | | | | |
| Acido tranexámico 1000mg = 2 Dipirone 500mg = 1 gotas | | 1430 | | | | | | | | |
| MAÑANA | | | | | | | | | | |
| TARDE | | Paracetamol | | | | | | | | |
| NOCHE | | | | | | | | | | |



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CUESTIONARIO PARA PACIENTES QUE REQUIEREN
PROCEDIMIENTO DURANTE LA CONTINGENCIA
POR COVID-19

CODIGO: GCX
VERSION: 01
FR: 156
FECHA: 16/04/2020

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 08-06-21

NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro lolo Agudelo Lopez

TIPO DE DOCUMENTO RC CC X TI NUMERO: 7514840

EDAD: 69 TELEFONO: 3153261177 - 3102764741

FECHA DEL PROCEDIMIENTO: 09 Junio 2021

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Remplazo Cadera

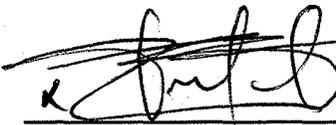
Marque con una X su respuesta:

| CRITERIO | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas? | | |
| a. Fiebre | | / |
| b. Temperatura >37.5°C por más de 3 días? | | / |
| c. Tos | | / |
| d. Dificultad para respirar | | / |
| e. Secreción nasal | | / |
| f. Malestar general | | / |
| g. ¿Náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, pérdida del olfato o gusto? | | / |
| 2. ¿Ha tenido algún viaje al extranjero en los últimos 15 días? | | / |
| 3. ¿Ha tenido algún contacto con algún extranjero en los últimos 15 días? | | / |
| 4. ¿Ha estado en contacto con algún paciente sospechoso o confirmado de coronavirus? | | / |
| 5. El paciente tiene alguna de las enfermedades de riesgo para COVID - 19: | | |
| a. Diabetes | | |
| b. Enfermedad cardiovascular (incluye HTA y ACV) | / | |
| c. Falla renal | | / |
| d. VIH u otra inmunodeficiencia | | / |
| e. Cáncer | | / |
| f. Enfermedades autoinmunes | | / |
| g. Hipotiroidismo | | / |
| h. Uso de corticoides o inmunosupresores | | / |
| i. EPOC y asma | | / |
| j. Mal nutrición (obesidad y desnutrición) | | / |
| k. Fumadores | | / |
| 6. ¿Es personal de salud o trabaja en el ambiente hospitalario? | | / |
| 7. ¿Es familiar de personal de salud? | | / |

*Se considera paciente con comorbilidades que generan riesgo para contagiarse de COVID-19, Si ha respondido afirmativamente al menos alguno de los criterios.

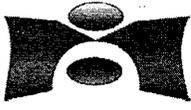

Jorge E. Gutierrez P.
 ORTOPEDIA

FIRMA DEL ESPECIALISTA



FIRMA DEL PACIENTE

Dr. Gutierrez
 NOMBRE DEL PROFESIONAL



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
AUTORIZACION DE ATENCION DEL PACIENTE

CODIGO: HC
VERSION: 01
FR: 14
FECHA: 01/12/12

| HISTORIA N° | SERVICIO | HAB N° | FECHA |
|-------------|----------|--------|------------------------------|
| 7514840 | ep | | 01 06 12 DD MM AA |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
|-----------------|------------------|------------|
| Agudelo | Lopez | Pedro Luis |

El suscrito paciente, o su apoderado (en caso de pacientes menores de edad y aquellos que no tienen capacidad de discernimiento por sus condiciones clínicas), autorizo al personal médico y paramédico del servicio de _____ para que al paciente _____ identificado con cédula de ciudadanía _____, se le realicen los procedimientos que como parte del plan de atención del servicio se requieren.

Entre los procedimientos que se pueden requerir están incluidos la intubación traqueal, el paso de catéter en la vejiga, en las venas y arterias de brazos y piernas o aún del tórax o del cuello, la ventilación mecánica, el paso de sondas al tórax. Pueden haber otros procedimientos necesarios de urgencia que no estén incluidos en la lista, entre otros la transfusión sanguínea, la desfibrilación, el masaje cardiaco externo o directo, etcetera.

Se han explicado a satisfacción lo que significan estos términos, sus riesgos y complicaciones así como la necesidad de realizarlos.

La información diaria o con la periodicidad que la clínica tiene definida o mi estado de salud así lo requiera, debe ser recibida además del suscrito por _____

Parentesco _____ Tel _____ Dirección _____

Jorge E. Guerrero P.
Médico
C.C. 10000000000000000000

Nombre del médico

[Signature]

RM

7514840

Nombre del responsable del paciente

N° de CC



NOMBRE DEL USUARIO Pedro Luis Aguado Lopez No IDENTIFICACION 7814842 FECHA: 01-06-21

Antes de la Inducción de la Anestesia

Antes de la Incision Cutánea

Antes que el paciente salga del quirófano

ENTRADA
QUIRUGIA AMBULATORIA

PAUSA QUIRURGICA

SALIDA

| EL PACIENTE HA CONFIRMADO | SI | NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| Nombre | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Identidad | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 3 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 4 | 4.1 | 4.2 |
| Sitio Quirúrgico | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 3 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 |
| Procedimiento | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.6 |
| Consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.7 | 4.8 | 4.9 | 4.10 | 4.11 |
| Ayuno | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 5.7 | 5.8 | 5.9 | 5.10 | 5.11 |
| Acompañante | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 | 6.6 | 6.7 | 6.8 | 6.9 | 6.10 | 6.11 |
| No maquillaje, esmalte, joyas y prótesis dentales | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 | 7.9 | 7.10 | 7.11 |
| Historia clínica | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | 8.5 | 8.6 | 8.7 | 8.8 | 8.9 | 8.10 | 8.11 |
| Autorización de cirugía | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 | 9.1 | 9.2 | 9.3 | 9.4 | 9.5 | 9.6 | 9.7 | 9.8 | 9.9 | 9.10 | 9.11 |
| Rx y ayudas diagnósticas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 | 10.1 | 10.2 | 10.3 | 10.4 | 10.5 | 10.6 | 10.7 | 10.8 | 10.9 | 10.10 | 10.11 |
| Suspendió algún medicamento | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 | 11.1 | 11.2 | 11.3 | 11.4 | 11.5 | 11.6 | 11.7 | 11.8 | 11.9 | 11.10 | 11.11 |

Firma Aux Enf Ambulatorios _____

Firma Anestesiólogo [Firma]

Firma Instrumentadora [Firma]

AREA DE RECUPERACION INGRESO

Firma Aux Salas de Cirugia [Firma]

Firma Jux Enf que recibe _____

| USUARIO HOSPITALIZADO | SI | NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--|-------------------------------------|--------------------------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| Usuario confirmado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Saludo y presentación | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 2.9 | 2.10 | 2.11 |
| Demarcación del sitio/No procede | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | 3.9 | 3.10 | 3.11 |
| Pulsioxímetro colocado y funciona | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 | 4.1 | 4.2 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.6 | 4.7 | 4.8 | 4.9 | 4.10 | 4.11 |
| Alergia conocida | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 5.7 | 5.8 | 5.9 | 5.10 | 5.11 |
| Valoración de Preanestesia | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 6.5 | 6.6 | 6.7 | 6.8 | 6.9 | 6.10 | 6.11 |
| Canalización de vena (Marca sitio de venopunción) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 7.7 | 7.8 | 7.9 | 7.10 | 7.11 |
| Historia Clínica | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | 8.5 | 8.6 | 8.7 | 8.8 | 8.9 | 8.10 | 8.11 |
| Rx y ayudas diagnósticas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 | 9.1 | 9.2 | 9.3 | 9.4 | 9.5 | 9.6 | 9.7 | 9.8 | 9.9 | 9.10 | 9.11 |
| No maquillaje, no esmalte, no joyas y no prótesis dentales | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 | 10.1 | 10.2 | 10.3 | 10.4 | 10.5 | 10.6 | 10.7 | 10.8 | 10.9 | 10.10 | 10.11 |
| Profilaxis antibiótico | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 | 11.1 | 11.2 | 11.3 | 11.4 | 11.5 | 11.6 | 11.7 | 11.8 | 11.9 | 11.10 | 11.11 |
| Riesgo Anestésico | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 | 12.1 | 12.2 | 12.3 | 12.4 | 12.5 | 12.6 | 12.7 | 12.8 | 12.9 | 12.10 | 12.11 |
| Via aérea difícil/Riesgo de Aspiración | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 | 13.1 | 13.2 | 13.3 | 13.4 | 13.5 | 13.6 | 13.7 | 13.8 | 13.9 | 13.10 | 13.11 |
| Hay equipos e Instrumental disponible | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 | 14.1 | 14.2 | 14.3 | 14.4 | 14.5 | 14.6 | 14.7 | 14.8 | 14.9 | 14.10 | 14.11 |
| Riesgo de Hemorragia mayor 500 ml | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 | 15.1 | 15.2 | 15.3 | 15.4 | 15.5 | 15.6 | 15.7 | 15.8 | 15.9 | 15.10 | 15.11 |
| Hay previsto acceso intravenoso y líquidos | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16 | 16.1 | 16.2 | 16.3 | 16.4 | 16.5 | 16.6 | 16.7 | 16.8 | 16.9 | 16.10 | 16.11 |

Firma Aux Enf Recuperación Ingreso [Firma]

Firma Aux Salas de Cirugia [Firma]

Firma Jux Enf que recibe _____



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO
DE PACIENTES Y POSIBLE CONTAGIO COVID-19
(CORONAVIRUS)

CÓDIGO: GCX
 VERSIÓN: 01
 FR: 155
 FECHA: 14/04/2020

Yo Pedro Aguado Lopez, con cédula 7574846, mayor de edad, en mi propio nombre y representación, o como padre/ madre o tutor legal de _____, identificado con numero de documento _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el Dr. /la Dra. _____ me ha explicado de manera clara los aspectos necesarios para recibir atención médica durante la emergencia sanitaria por la pandemia por COVID-19, y además afirmó que entiendo lo siguiente:

I. DECLARACIONES

- 1- Declaro que he sido ampliamente informado por parte del personal de INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A., en adelante la "Clínica Meta", sobre el Nivel de atención de esta Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), la cual está clasificada como una IPS de III Nivel de atención, y se encuentra en la obligación de atender pacientes con cualquier patología, incluidos los pacientes diagnosticados con el COVID-19.
- 2- Declaro que he sido informado y me han explicado del tiempo entre exposición al virus Covid-19 y la aparición de los primeros síntomas es amplio, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, siendo altamente contagiosos; y es complicado determinar quién es portador del virus, debido a las limitaciones que hay con las pruebas diagnósticas actualmente.
- 3- Declaro que he sido informado y me han explicado que la Clínica Meta, aplica todas las medidas de protección de acuerdo con el plan de contingencia y protocolos vigentes, y que el personal administrativo y asistencial (médicos, enfermeras, paramédicos) cuentan con todos los elementos de protección personal.
- 4- Declaro que me han informado y me han explicado la alta contagiosidad de este virus y acepto que aunque el personal administrativo y asistencial (médicos, enfermeras, paramédicos) de la Clínica Meta, realice todas las medidas preventivas para evitar el contagio, existe el riesgo de transmisión y contagio durante mi estancia en las instalaciones de la mencionada IPS.
- 5- Las medidas de higiene recomendadas debo respetarlas y cumplirlas antes, durante y después de la atención médica, para salvaguardar mi salud, la del personal de la clínica, mi familia y la de las demás personas.
- 6- Entendiendo lo anterior, y al ser aclaradas todas mis dudas sobre el tratamiento a realizar, alternativas posibles y los riesgos mediante explicaciones claras y sencillas, estoy completamente informado/a y doy mi consentimiento a la realización del tratamiento correspondiente.

Fecha: DD ____ /MM ____ /AAA ____ Hora: _____

FIRMA, PACIENTE [Firma], En caso de que lo firmase una persona que no sea el paciente, indicar la relación: _____ Nombre: _____ y firma _____

Declaro que todos los espacios en blanco del presente documento han sido rellenos antes de que el paciente firmara.

Firma del cirujano

Nombre completo del cirujano

Firma del anestesiólogo

Nombre completo del anestesiólogo

Junio 9/2021

Pedro Agudelo

① Fenalgex tabs # 10

Tomar 1 Clizid si hay intenso
dolor

Logo E. Gutiérrez P.
ORTOPEDIA
U. NAL. RM. 50-9/ST

Manana → Sentar Paciente x 10 min
↳ Marcha con CAMINADOR

Venus → OK → Salida

Control Cik EXTRA

Venus 18 Junio 7:30 Am
2 Piso de Ulancentro

Logo E. Gutiérrez P.
ORTOPEDIA
U. NAL. RM. 50-9/ST



30902330

Petición No 30902330
Paciente AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
Documento Id CC 7514840
Fecha de nacimiento 07-may.-1952
Edad 68 Años **Sexo** M
Dirección COND LA JULIANA APTO 302,VCIO
Teléfono 3153261177

Fecha de ingreso 09-mar.-2021 6:29 am
Fecha de impresión 09-mar.-2021 5:07 pm
Sede VILLAVICENCIO EPS
Servicio CONSULTA EXTERNA
Empresa EPS SANITAS S.A.
Médico EPS SANITAS CENTRO MEDICO LLANO CENTRO

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia | |
|--------|-----------|----------|-----------------------|--|
|--------|-----------|----------|-----------------------|--|

QUIMICA

| | | | | |
|---|-------|-------|------|-------|
| CREATININA EN SUERO | 0.80 | mg/dl | 0.67 | 1.17 |
| Método: Colorimétrico Enzimático | | | | |
| Fecha Validación: 09-mar.-2021 11:50 am | | | | |
| GLICEMIA | 90.40 | mg/dl | 70 | 100 |
| Método: Enzimático | | | | |
| Fecha Validación: 09-mar.-2021 11:50 am | | | | |
| NITROGENO UREICO EN SUERO | 13.84 | mg/dl | 6 | 33.08 |
| Método: Enzimático | | | | |
| Fecha Validación: 09-mar.-2021 11:50 am | | | | |

Firma Responsable

Nelly Clavijo R

Nelly Mireya Clavijo Rojas
 CC: 52976895
 Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: VILLAVICENCIO CLINICENTRO
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO SIMPLE

| | | | | |
|--|---------|-----------------------|-------|--------|
| RECUENTO GLOBULOS ROJOS | 5.83 | x 10 ⁶ /ul | 4.50 | 6.20 |
| HEMATOCRITO | * 36.70 | % | 40.00 | 52.00 |
| HEMOGLOBINA | * 11.30 | g/dl | 14.00 | 17.50 |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO. | * 63.00 | fl | 80.00 | 100.00 |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA. | * 19.40 | pg | 28.00 | 33.00 |
| CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA. | * 30.80 | g/dl | 33.00 | 36.00 |
| RDW-ANCHO DISTRIBUCION ERITROCITOS | * 16.30 | % | 11.50 | 14.50 |
| RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS | * 4.49 | x 10 ³ /ul | 4.50 | 11.30 |
| NEUTROFILOS | 2.34 | x 10 ³ /ul | 2.25 | 8.48 |
| LINFOCITOS | 1.48 | x 10 ³ /ul | 0.90 | 4.52 |
| MONOCITOS | 0.52 | x 10 ³ /ul | 0.00 | 1.24 |
| EOSINOFILOS | 0.12 | x 10 ³ /ul | 0.09 | 0.45 |
| BASOFILOS | 0.03 | x 10 ³ /ul | 0.00 | 0.11 |
| % NEUTROFILOS | 52.00 | % | 50.00 | 75.00 |
| % LINFOCITOS | 33.00 | % | 20.00 | 40.00 |
| LINFOCITOS ATIPICOS | 0.00 | % | | |
| % MONOCITOS | * 11.60 | % | 0.00 | 11.00 |
| % EOSINOFILOS | 2.70 | % | 2.00 | 4.00 |
| % BASOFILOS | 0.70 | % | 0.00 | 1.00 |
| CAYADOS | 0.00 | % | | |
| METAMIELOCITOS | 0.00 | % | | |
| MIELOCITOS | 0.00 | % | | |
| PROMIELOCITOS | 0.00 | % | | |
| BLASTOS | 0.00 | % | | |
| RECUENTO DE PLAQUETAS | 247 | x 10 ³ /ul | 150 | 450 |
| VOLUMEN PLAQUETARIO. | ---- | fl | 7.00 | 11.00 |
| SE SUGIERE CORRELACIONAR CON CUADRO CLINICO | | | | |
| IG PORCENTAJE | 0.00 | | | |
| IG ABSOLUTO | 0.00 | | | |
| NORMOBLASTOS | - | x 10 ³ /ul | | |
| % DE NORMOBLASTOS | - | % | | |



30902330

Petición No 30902330
Paciente AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
Documento Id CC 7514840
Fecha de nacimiento 07-may.-1952
Edad 68 Años **Sexo** M
Dirección COND LA JULIANA APTO 302,VCIO
Teléfono 3153261177

Fecha de ingreso 09-mar.-2021 6:29 am
Fecha de impresión 09-mar.-2021 5:07 pm
Sede VILLAVICENCIO EPS
Servicio CONSULTA EXTERNA
Empresa EPS SANITAS S.A.
Médico EPS SANITAS CENTRO MEDICO LLANO CENTRO

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

Fecha Validación: 09-mar-2021 9:49 am

Firma Responsable



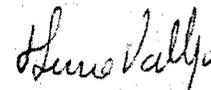
MONICA MARIA RESTREPO
 CC 30660831

SEDE DE PROCESAMIENTO: VILLAVICENCIO CLINICENTRO
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

COAGULACION

| | | | | |
|--|-------|----------|------|------|
| TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA | 29.40 | segundos | 25.1 | 36.5 |
| Método: Coagulométrico. CONTROL NORMAL: 28.9 SEG | | | | |
| Fecha Validación: 09-mar-2021 4:02 pm | | | | |
| TIEMPO DE PROTROMBINA | 12.3 | segundos | 9.1 | 12.5 |
| Método: Coagulométrico. CONTROL NORMAL: 11.4 SEG ISI: 1.01 | | | | |
| Fecha Validación: 09-mar-2021 4:02 pm | | | | |
| INR | 1.08 | | | |
| Fecha Validación: 09-mar-2021 4:02 pm | | | | |

Firma Responsable



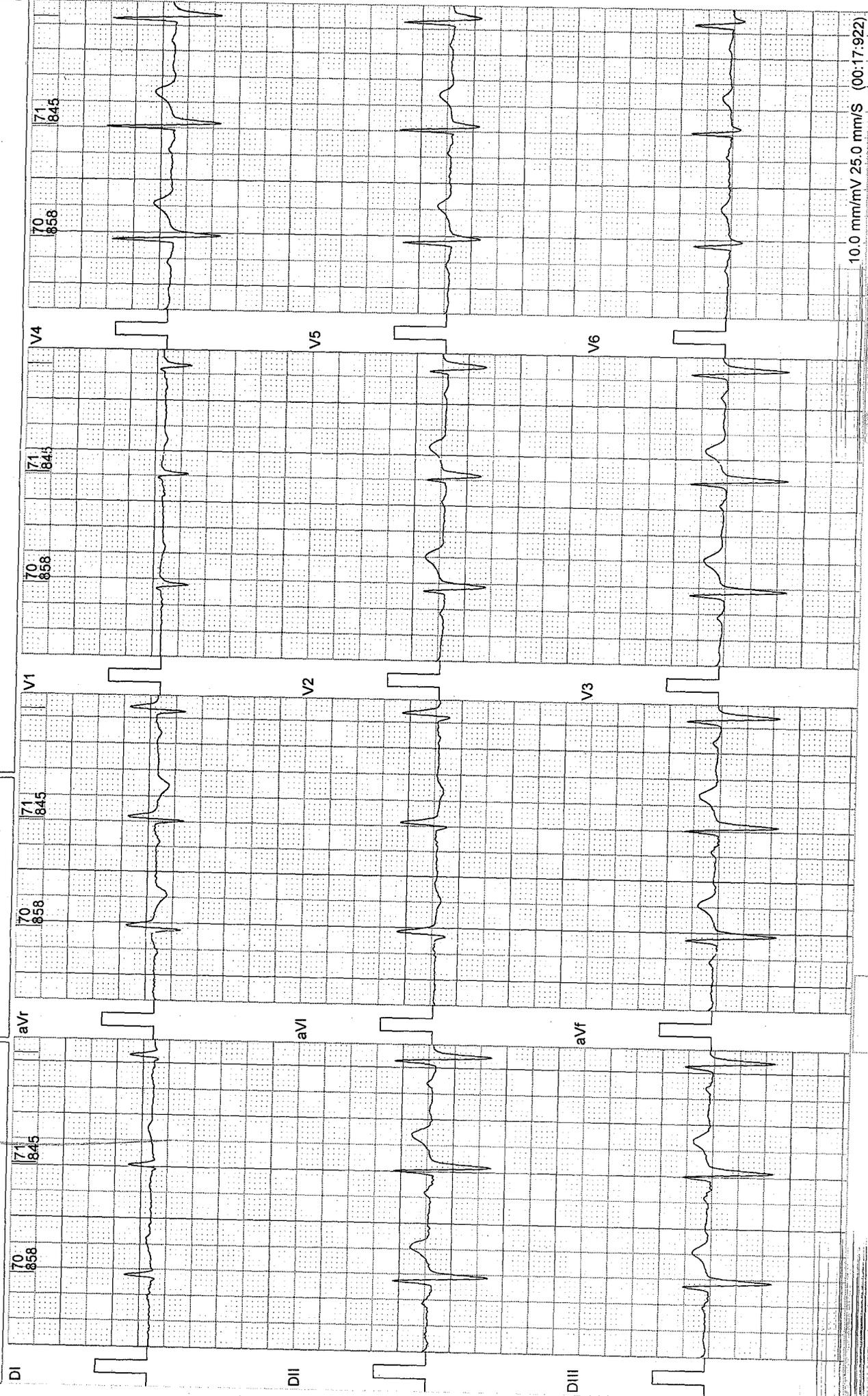
Maria Lucia Vallejo
 CC 31960618

SEDE DE PROCESAMIENTO: Villavicencio Institucional
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

Paciente: 75148 AGUDELO,
PEDRO LUIS
Fecha de Nacimiento: 07/05/1952
Edad: 68 Años Sexo: M
Peso: 0.00 [Kg] FC: 70 LPM

[Signature]
Méd. Internista-Cardiólogo
R.M 503782

Conclusiones: HORA DE ENTRADA: 08:20AM HORA DE SALIDA: 08:25AM
RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTERIOR IZQUIERDO



10.0 mm/mV 25.0 mm/S (00:17:922)



Petición No 31510487
Paciente AGUDELO LOPEZ PEDRO LUIS
Documento Id CC 7514840
Fecha de nacimiento 07-may.-1952
Edad 68 Años **Sexo** M
Dirección KILOMETRO 6 VIA A RESTREPO
Teléfono 3153261177

Fecha de ingreso 15-mar.-2021 10:48 am
Fecha de impresión 16-mar.-2021 5:29 pm
Sede VILLAVICENCIO EPS
Servicio CONSULTA EXTERNA
Empresa EPS SANITAS S.A.
Médico INVERSIONES CLINICA DEL META

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

INMUNOHEMATOLOGIA

HEMOCLASIFICACION ABO

A

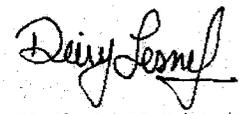
Fecha Validación: 16-mar.-2021 4:31 pm

HEMOCLASIFICACION RH

POSITIVO

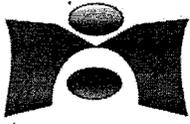
Método: Técnica Aglutinación en columna

Fecha Validación: 16-mar.-2021 4:31 pm

Firma Responsable 

DAISY LOZANO RANGULO
 CC. 52.477.851

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA REINA SOFIA
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.



**INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
RESULTADO Y EVALUACIÓN DE SEGURIDAD
DEL SITIO OPERATORIO**

CODIGO: CI
VERSION: 01
FR: 10
FECHA: 01/12/12

NOMBRE DEL USUARIO: Padro Luis Agudelo Lopez
FECHA DE CIRUGIA: 2014.840
PROCEDIMIENTO: Reemplazo total de cadera izquierda.
SALA: # 1 tone

| | |
|---------------------|--|
| MEDICO - QUIRURGICO | REF 1217-22-056 LOT 9134680 Pinnacle® POROCOAT® ACETABULAR SHELL SECTOR II 56mm OD STERILE R 2029-04-30 QTY 1 |
| COMPRESAS | |
| GASAS | |
| APOSITOS | |
| COTONOIDES | |
| BAJALENGUAS | |
| PINZAS ADICIONALES | |
| EQUIPOS | REF 3L92514 LOT 9708858 CORAIL® HIP SYSTEM CEMENTLESS FEMORAL STEM HA COATED 12/14 ANT 135° STANDARD NO COLLAR KS SIZE 14 STERILE R 2024-12-31 QTY 1 |
| INSTRUMENT | REF 1219-36-456 LOT 9379953 Pinnacle® MARATHON® POLYETHYLENE ACETABULAR LINER 44 NEUTRAL 36mm ID 56mm OD STERILE R 2022-02-28 QTY 1 |
| OBSER | REF 1365-52-000 LOT 9587937 M-SPEC™ METAL FEMORAL HEAD Ø36mm +5 12/14 TAPER STERILE R 2025-08-31 QTY 1 |

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE Y REGISTRO MEDICO ESPECIALISTA | <u>Dr. Jorge Gutierrez</u> |
| NOMBRE Y REGISTRO MEDICO AYUDANTE | <u>Dra Catalina Aguirre</u> |
| NOMBRE INSTRUMENTADORA | <u>Platyon Ortho</u> |
| NOMBRE AUXILIAR DE SALA | <u>Farlia Veloz</u> |



FÓRMULA MÉDICA

PLAN DE MANEJO INTRA-HOSPITALARIO

DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Paciente | PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | Identificación | 7514840 |
| Fecha Nacimiento | 07/mayo/1952 | Tipo Identificación | Cédula_Ciudadanía |
| Edad | 69 Años \ 1 Meses \ 2 Días | No. de Cama | |
| Teléfono celular | 3153261177-3102764741 | Fecha Solicitud | 9/06/2021 6:42:32 p. m. |
| Ciudad | VILLAVICENCIO | Plan de Beneficios | EPS SANITAS CONTRIBUTIVO |
| Nº Ingreso | 69070 | Número Fórmula | H362474 FOLIO 5 |
| Diagnostico | M161 - OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | |

FÓRMULA MÉDICA

| Medicamento | Concentración | Formulación | Duración Plan Intrahospitalario (Horas): | Cantidad | Concepto | |
|--|-----------------|-------------------------------------|--|----------|----------|-------------|
| ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA INICIAR LAS 10 PM | 24 | 1 | POS | Medicamento |
| METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML | 5 MG/ML AMP 2ML | 10 MG IV CAADA 8 HORAS | 24 | 3 | POS | Medicamento |
| TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG/ML | 50 MG IV CADA 8 HORAS | 24 | 3 | POS | Medicamento |
| PIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA 6 HORAS | 24 | 8 | POS | Medicamento |
| CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 G | 1 GR IV CADA 6 HORAS | 24 | 4 | POS | Medicamento |
| LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000ML | 1.000ML | 60 CC HORA | 24 | 4 | POS | Medicamento |

Total Items: 6

IP.

| | |
|--------|-------------------------------|
| Médico | DALIS MILENA MONTERROZA PEREZ |
| | MEDICINA GENERAL |
| | 1103216224 |
| | Reg. 1103216224 |
| Firma | |

| | |
|--------|-------------------------------|
| Médico | DALIS MILENA MONTERROZA PEREZ |
| | MEDICINA GENERAL |
| | 1103216224 |
| | Reg. 1103216224 |
| Firma | |

892000401



H362474

FÓRMULA MÉDICA

PLAN DE MANEJO INTRA-HOSPITALARIO

DATOS DEL PACIENTE

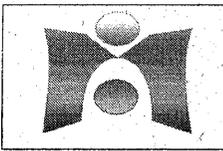
| | | | |
|------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Paciente | PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ | Identificación | 7514840 |
| Fecha Nacimiento | 07/mayo/1952 | Tipo Identificación | Cédula_Ciudadania |
| Edad | 69 Años \ 1 Meses \ 2 Días | No. de Cama | |
| Teléfono celular | 3153261177-3102764741 | Fecha Solicitud | 9/06/2021 6:42:32 p. m. |
| Ciudad | VILLAVICENCIO | Plan de Beneficios | EPS SANITAS CONTRIBUTIVO |
| Nº Ingreso | 69070 | Número Fórmula | H362474 FOLIO 5 |
| Diagnostico | M161 - OTRAS COXARTROSIS PRIMARIAS | | |

FÓRMULA MÉDICA

| Medicamento | Concentración | Formulación | Duración Plan Intrahospitalario (Horas) | Cantidad | Concepto | |
|--|-----------------|-------------------------------------|---|----------|----------|-------------|
| ENOXAPARINA SODICA SOLUCION INYECTABLE 40 MG/0.4ML | 40 MG/0.4ML | 40 MG SC CADA DIA INICIAR LAS 10 PM | 24 | 1 | POS | Medicamento |
| METOCLOPRAMIDA SOLUCION INYECTABLE 5 MG/ML AMP 2ML | 5 MG/ML AMP 2ML | 10 MG IV CAADA 8 HORAS | 24 | 3 | POS | Medicamento |
| TRAMADOL SOLUCION INYECTABLE 50 MG/ML | 50 MG/ML | 50 MG IV CADA 8 HORAS | 24 | 3 | POS | Medicamento |
| PIRONA SOLUCION INYECTABLE 1 G/2ML | 1 G/2ML | 2 GR IV CAADA 6 HORAS | 24 | 8 | POS | Medicamento |
| CEFAZOLINA SODICA POLVO PARA RECONSTITUIR 1 G | 1 G | 1 GR IV CADA 6 HORAS | 24 | 4 | POS | Medicamento |
| LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE 1.000ML | 1.000ML | 60 CC HORA | 24 | 4 | POS | Medicamento |

Total Items: 6

| | |
|--------|-------------------------------|
| Médico | DALIS MILENA MONTERROZA PEREZ |
| | MEDICINA GENERAL |
| | 1103216224 |
| | Reg. 1103216224 |
| Firma | |



**INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

| | |
|---------|----------|
| CODIGO | PPS |
| VERSION | 02 |
| FR | 85 |
| FECHA | 22/11/22 |

LA DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA

CERTIFICA

Que el Doctor **JORGE ENRIQUE GUTIERREZ PARRADO**, no ha tenido ningún vínculo laboral con Inversiones Clínica del Meta S.A por tal motivo no es posible emitir información contractual.

Se expide la presente a solicitud de la parte interesada, a los cinco (28) días del mes de abril de 2023. Con destino a QUIEN INTERESE.

Cordialmente,

DAISY JEANNETTE PARRADO AVENDAÑO
Directora de Gestión Humana

ENVIO PODER PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ RAD 11001400303320230002400.

Juridica <juridica@clinicameta.co>

Mié 3/05/2023 11:16 AM

Para: Melissa Pinilla <jefe.juridica@clinicameta.co>

 2 archivos adjuntos (384 KB)

230503- PODER PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ.pdf; 230426- CAMARA DE COMERCIO 26 DE ABRIL DE 2023.pdf;

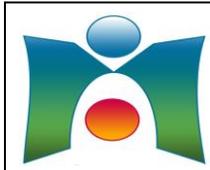
Buenos días Dra. Melissa.

Cordial saludo,

De la manera mas atenta y respetuosa me permito remitir **PODER** para que ejerza la debida representación y defensa judicial de INVERSIONES CLINICA DEL META S.A en el proceso de la Referencia.

Agradeciendo su colaboración.

Cordialmente,



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA INTERNA

| | |
|---------|----------|
| CODIGO | PPS |
| VERSION | 02 |
| FR | 16 |
| FECHA | 22/11/22 |

Señor

JUEZ TREINTA Y TRES CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ.

E. S. D.

Asunto. PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE

Referencia. Clase de Proceso: DECLARATIVO VERBAL
Expediente - Radicado No.: 11001400303320230002400.
Demandante: **PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ**
Demandado: **INVERSIONES CLINICA DEL META S.A Y OTROS**

CAMILO ANDRES HERNANDEZ CHACON, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Villavicencio, identificado con la con la cédula de ciudadanía N° 80.135.288 de Bogotá, actuando en mi calidad Representante Legal Suplente de la sociedad **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.** con Nit 892000401-7, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Villavicencio, compañía domiciliada en la ciudad de Villavicencio, por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder Especial, Amplio y Suficiente a la doctora **MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO**, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.026.266.231 de Bogotá, domiciliada en la ciudad de Villavicencio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 252.678 del Consejo Superior de la Judicatura, para que represente a esta sociedad dentro del proceso y/o trámite identificado en la referencia..

La doctora **PINILLA OCAMPO**, queda investida de todas las facultades consagradas en el artículo 70 del Código de Procedimiento Civil y 77 del Código General del Proceso, en especial para contestar, presentar descargos, sustituir, reasumir el poder, interponer recursos, proponer incidentes, allegar y solicitar pruebas, conciliar, transigir, desistir, recibir, retirar archivos, y en general para realizar cualquier otra actuación necesaria para el buen desempeño de su gestión. La apoderada no está facultada para confesar.

Sírvase reconocer personería a la abogada en los términos y condiciones previstos en este poder.

Atentamente,

CAMILO ANDRES HERNANDEZ CHACON
C.C. 80.135.288 de Bogotá
Representante legal Suplente
INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A

Acepto,

MELISSA JULIETH PINILLA O.
CC No. 1.026.266.231 de Bogotá.
T.P. No. 252.678 del C.S. de la J.



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo el Futuro

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:05 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANÓNIMA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 892000401-7
ADMINISTRACIÓN DIAN : VILLAVICENCIO
DOMICILIO : VILLAVICENCIO

MATRÍCULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 39356
FECHA DE MATRÍCULA : SEPTIEMBRE 09 DE 1993
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 28 DE 2023
ACTIVO TOTAL : 96,126,569,008.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 33 NO. 36-50 BARZAL
BARRIO : BARZAL
MUNICIPIO / DOMICILIO: 50001 - VILLAVICENCIO
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 6614400
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : jefe.contabilidad@clinicameta.co

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 33 NO. 36-50 BARZAL
MUNICIPIO : 50001 - VILLAVICENCIO
BARRIO : BARZAL
TELÉFONO 1 : 6614400
CORREO ELECTRÓNICO : juridica@clinicameta.co

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : juridica@clinicameta.co

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : L6810 - ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS

CERTIFICA - AFILIACIÓN

EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 144 DEL 11 DE MAYO DE 1971 OTORGADA POR Notaria Unica DE SAN MARTIN, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 828 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 18 DE MAYO DE 1971, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA.



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo Región

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:05 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 144 DEL 11 DE MAYO DE 1971 OTORGADA POR Notaria Unica DE SAN MARTIN, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 828 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 18 DE MAYO DE 1971, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA.

CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

- 1) INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA
Actual.) INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3649 DEL 09 DE AGOSTO DE 1993 OTORGADA POR Notaria 2a. de V/CIO DE VILLAVICENCIO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9623 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 1993, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA POR INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

CERTIFICA - TRANSFORMACIONES / CONVERSIONES

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3649 DEL 09 DE AGOSTO DE 1993 OTORGADA POR Notaria 2a. de V/CIO DE VILLAVICENCIO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9623 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 1993, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : DE SOCIEDAD LIMITADA A SOCIEDAD ANONIMA.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3649 DEL 09 DE AGOSTO DE 1993 OTORGADA POR Notaria 2a. de V/CIO DE VILLAVICENCIO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9623 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 1993, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : DE SOCIEDAD LIMITADA A SOCIEDAD ANONIMA.

CERTIFICA - REFORMAS

| DOCUMENTO | FECHA | PROCEDENCIA | DOCUMENTO | INSCRIPCION | FECHA |
|-----------|----------|-----------------------|-----------|-----------------------|----------|
| EP-235 | 19710821 | NOTARIA UNICA | | SAN MARTIN RM09-860 | 19710825 |
| EP-235 | 19710821 | NOTARIA UNICA | | SAN MARTIN RM09-860 | 19710825 |
| EP-588 | 19810513 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | | VILLAVICENC RM09-9617 | 19730909 |
| | | | | IO | |
| EP-588 | 19810513 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | | VILLAVICENC RM09-9617 | 19730909 |
| | | | | IO | |
| EP-368 | 19731205 | NOTARIA 9A. DE BOGOTA | | VILLAVICENC RM09-280 | 19740117 |
| | | | | IO | |
| EP-368 | 19731205 | NOTARIA 9A. DE BOGOTA | | VILLAVICENC RM09-280 | 19740117 |
| | | | | IO | |
| EP-369 | 19731205 | NOTARIA SEGUNDA | | VILLAVICENC RM09-281 | 19740117 |
| | | | | IO | |
| EP-369 | 19731205 | NOTARIA SEGUNDA | | VILLAVICENC RM09-281 | 19740117 |
| | | | | IO | |
| EP-2914 | 19741206 | NOTARIA PRIMERA | | VILLAVICENC RM09-449 | 19741219 |
| | | | | IO | |
| EP-2914 | 19741206 | NOTARIA PRIMERA | | VILLAVICENC RM09-449 | 19741219 |
| | | | | IO | |
| EP-2992 | 19741216 | NOTARIA PRIMERA | | VILLAVICENC RM09-459 | 19750121 |
| | | | | IO | |
| EP-2992 | 19741216 | NOTARIA PRIMERA | | VILLAVICENC RM09-459 | 19750121 |
| | | | | IO | |
| EP-1264 | 19791009 | NOTARIA SEGUNDA | | VILLAVICENC RM09-1614 | 19791024 |
| | | | | IO | |
| EP-1264 | 19791009 | NOTARIA SEGUNDA | | VILLAVICENC RM09-1614 | 19791024 |
| | | | | IO | |
| EP-1561 | 19791211 | NOTARIA SEGUNDA | | VILLAVICENC RM09-1671 | 19791218 |
| | | | | IO | |
| EP-1561 | 19791211 | NOTARIA SEGUNDA | | VILLAVICENC RM09-1671 | 19791218 |
| | | | | IO | |
| EP-1404 | 19800910 | NOTARIA UNDECIMA | DEL | BOGOTA RM09-2043 | 19810309 |
| | | CIRCULO DE BOGOTA | | | |
| EP-1404 | 19800910 | NOTARIA UNDECIMA | DEL | BOGOTA RM09-2043 | 19810309 |



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo el Futuro

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:05 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

| | | | | |
|---------|----------|--|------------------------------|----------|
| EP-710 | 19810605 | CIRCULO DE BOGOTA NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9618 IO | 19930909 |
| EP-710 | 19810605 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9618 IO | 19930909 |
| EP-1025 | 19870423 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9619 IO | 19930909 |
| EP-1025 | 19870423 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9619 IO | 19930909 |
| EP-2081 | 19910612 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9620 IO | 19930909 |
| EP-2081 | 19910612 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9620 IO | 19930909 |
| EP-2419 | 19910704 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9621 IO | 19930909 |
| EP-2419 | 19910704 | NOTARIA 2A. DE V/CIO. | VILLAVICENC RM09-9621 IO | 19930909 |
| EP-3649 | 19930809 | NOTARIA 2A. DE V/CIO | VILLAVICENC RM09-9623 IO | 19930909 |
| EP-3649 | 19930809 | NOTARIA 2A. DE V/CIO | VILLAVICENC RM09-9623 IO | 19930909 |
| EP-2999 | 20011206 | NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO | VILLAVICENC RM09-20812 IO | 20020207 |
| EP-2999 | 20011206 | NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO | VILLAVICENC RM09-20812 IO | 20020207 |
| EP-2999 | 20011206 | NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO | RM09-20812 | 20020207 |
| EP-2999 | 20011206 | NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO | RM09-20812 | 20020207 |
| CE-1 | 20070313 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-28531 IO | 20070322 |
| CE-1 | 20070313 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-28531 IO | 20070322 |
| EP-3723 | 20110817 | NOTARIA TERCERA | VILLAVICENC RM09-38610 IO | 20111012 |
| EP-3723 | 20110817 | NOTARIA TERCERA | VILLAVICENC RM09-38610 IO | 20111012 |
| CE- | 20120223 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-40957 IO | 20120313 |
| CE- | 20120223 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-40957 IO | 20120313 |
| EP-1829 | 20130517 | NOTARIA TERCERA | VILLAVICENC RM09-45154 IO | 20130522 |
| EP-1829 | 20130517 | NOTARIA TERCERA | VILLAVICENC RM09-45154 IO | 20130522 |
| EP-2219 | 20140619 | NOTARIA TERCERA | VILLAVICENC RM09-49256 IO | 20140715 |
| EP-2219 | 20140619 | NOTARIA TERCERA | VILLAVICENC RM09-49256 IO | 20140715 |
| CC-1 | 20160330 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-57411 IO | 20160421 |
| CC-1 | 20160330 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-57411 IO | 20160421 |
| CE- | 20170719 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-65774 IO | 20170817 |
| CE- | 20170719 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-65774 IO | 20170817 |
| CE-1 | 20170914 | REPRESENTANTE LEGAL | VILLAVICENC RM09-66128 IO | 20170920 |
| CE-1 | 20170914 | REPRESENTANTE LEGAL | VILLAVICENC RM09-66128 IO | 20170920 |
| CE- | 20180330 | REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-69283 IO | 20180601 |
| EP-3880 | 20180912 | NOTARIA TERCERA DE VILLAVICENCIO | VILLAVICENC RM09-70633 IO | 20180928 |
| CE- | 20190330 | CERTIFICADO REVISOR FISCAL | VILLAVICENC RM09-74159 | 20190531 |



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo el Futuro

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:05 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

IO

CERTIFICA - VIGENCIA

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 11 DE MAYO DE 2071

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: ORGANIZAR Y MANTENER EN FUNCIONAMIENTO UNA CLINICA PARA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES, PREVENTIVOS DOCENTES E INVESTIGATIVOS DE CARACTER PRIVADO.

CERTIFICA - CAPITAL

| TIPO DE CAPITAL | VALOR | ACCIONES | VALOR NOMINAL |
|---------------------------|------------------|--------------|---------------|
| CAPITAL AUTORIZADO | 1.149.890.000,00 | 1.149.890,00 | 1.000,00 |
| CAPITAL SUSCRITO | 891.719.000,00 | 891.719,00 | 1.000,00 |
| CAPITAL PAGADO | 891.719.000,00 | 891.719,00 | 1.000,00 |

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------------|
| MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA | CORREDOR HERNANDEZ JORGE LUIS | CC 17,326,498 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--------------------------------------|------------------------------|----------------|
| MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA | PARDO RODRIGUEZ JOSE IGNACIO | CC 17,337,792 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------|
| MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA | BOTERO MUZZULINI JAIME EDUARDO | CC 17,324,017 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA | ECHAVARRIA SALAZAR RAFAEL ZULIBAN | CC 72,143,154 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------|
| MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA | BETANCUR CORREA RICARDO MARCELO | CC 79,555,498 |

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo el Futuro

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:05 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--|--------------------------|-----------------------|
| MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA | PARRADO AVENDANO TATIANA | CC 40,393,259 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--|---------------------------------|-----------------------|
| MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA | GUTIERREZ HERNANDEZ JUAN CARLOS | CC 17,332,972 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--|--------------------------|-----------------------|
| MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA | CADENA EDUARDO GUILLERMO | CC 17,628,272 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--|--------------------------|-----------------------|
| MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA | HADAD LEWIS JUAN ANTONIO | CC 72,182,398 |

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--|----------------------------|-----------------------|
| MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA | PORRAS SALAS MARTHA MILENA | CC 52,455,876 |

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 585 DEL 22 DE FEBRERO DE 2023 DE ACTA DE JUNTA DIRECTIVA ORDINARIA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 96716 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 21 DE MARZO DE 2023, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|---------------------|----------------------------|-----------------------|
| REPRESENTANTE LEGAL | BEDOYA MASHUTH HUGO RAMIRO | CC 17,340,950 |

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTE

POR ACTA NÚMERO 481 DEL 08 DE FEBRERO DE 2017 DE REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 60760 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE FEBRERO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE | BEDOYA MASHUTH HUGO RAMIRO | CC 17,340,950 |

POR ACTA NÚMERO 481 DEL 08 DE FEBRERO DE 2017 DE REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 60760 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE FEBRERO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE | HERNANDEZ CHACON CAMILO ANDRES | CC 80,135,288 |

POR ACTA NÚMERO 481 DEL 08 DE FEBRERO DE 2017 DE REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 60760 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE FEBRERO DE 2017,



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo Región

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:05 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION |
|------------------------------|-------------------------------|----------------|
| REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE | CORREDOR HERNANDEZ JORGE LUIS | CC 17,326,498 |

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

REPRESENTACIÓN LEGAL: LA SOCIEDAD TENDRÁ UN GERENTE QUE SERÁ EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA MISMA Y COMO TAL EL EJECUTOR Y GESTOR DE LOS NEGOCIOS Y DEMÁS ASUNTOS SOCIALES. ESTARÁ DIRECTAMENTE SUBORDINADO POR LA JUNTA DIRECTIVA Y DEBERÁ OÍR Y ACATAR EL CONCEPTO DE LA JUNTA DIRECTIVA CUANDO DE CONFORMIDAD CON LA LEY O CON LOS ESTATUTOS SEA NECESARIO Y EN TAL CASO OBRAR DE ACUERDO CON ELLOS. EL GERENTE TENDRÁ TRES (3) SUPLENTE DENOMINADOS SUPLENTE UNO, SUPLENTE DOS, Y SUPLENTE TRES, QUIENES LO REEMPLAZARÁN EN SU RESPECTIVO ORDEN DURANTE SUS FALTAS ABSOLUTAS TEMPORALES O ACCIDENTALES, ELEGIDOS EN LA MISMA FORMA QUE EL PRINCIPAL Y MIENTRAS CUALQUIERA DE ELLOS ESTÉ REMPLAZANDO AL GERENTE TENDRÁ LAS MISMAS FACULTADES Y LIMITACIONES QUE ESTE, PARA PROBAR LA AUSENCIA TEMPORAL O ABSOLUTA DEL GERENTE BASTARÁ LA SIMPLE AFIRMACIÓN DEL SUPLENTE, ATRIBUCIONES: EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO ADMINISTRADOR Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, EL GERENTE TENDRÁ LAS SIGUIENTES ATRIBUCIONES: 1) REPRESENTAR LEGALMENTE A LA SOCIEDAD, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, COMO PERSONA JURÍDICA Y USAR LA FIRMA SOCIAL; 2) CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL Y A LA JUNTA DIRECTIVA, TANTO EN SUS REUNIONES ORDINARIAS COMO EXTRAORDINARIAS; 3) PRESENTAR A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS EN SUS REUNIONES ORDINARIAS, UN INFORME DETALLADO SOBRE LA MARCHA DE LA COMPAÑÍA; 4) PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA LOS BALANCES DE PRUEBA MENSUALES Y LAS CUENTAS E INFORMES DE LA COMPAÑÍA; 5) MANTENER A LA JUNTA DIRECTIVA PERMANENTE Y REALMENTE INFORMADA SOBRE LOS NEGOCIOS SOCIALES Y SUMINISTRARLES LOS DATOS QUE ELLA REQUIERA; 6) CONSTITUIR, MANDATARIOS QUE REPRESENTEN A LA SOCIEDAD EN NEGOCIOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES Y DELEGARLE LAS FUNCIONES O FACULTADES NECESARIAS DE QUE EL MISMO GOZA; DESIGNAR, EN CASOS URGENTES, LOS MANDATARIOS QUE SE NECESITEN Y DARLE CUENTA INMEDIATA A LA JUNTA DIRECTIVA. 7). CELEBRAR O EJECUTAR, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, LOS CONTRATOS O ACTOS DE ADQUISICIÓN, ENAJENACIÓN Y CONSTITUCIÓN DE GRAVAMENES DE BIENES RAICES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA, O CUALQUIER OTRO CONTRATO CUYA CUANTIA SUPERE LOS CINCO MIL OCHENTA Y NUEVE (5089) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES. 8). ENAJENAR O GRAVAR LA TOTALIDAD DE LOS BIENES SOCIALES PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. 9). ARBITRAR O TRANSIGIR LAS DIFERENCIAS DE LA SOCIEDAD CON TERCEROS, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA; 10). NOMBRAR Y REMOVER LIBREMENTE EL PERSONAL SUBALTERNO QUE SEA NECESARIO PARA LA CUMPLIDA ADMINISTRACIÓN DE LA SOCIEDAD; 11) EN EJERCICIO DE ÉSTAS ATRIBUCIONES, CON LAS LIMITACIONES YA ESPECIFICADAS Y LAS QUE ADELANTE SE ESPECIFIQUEN, PODRÁ COMPRAR O ADQUIRIR A CUALQUIER TÍTULO BIENES O INMUEBLES, VENDER O ENAJENAR A CUALQUIER TÍTULO LOS BIENES MUEBLES O INMUEBLES DE LA SOCIEDAD, DARLOS EN PRENDA, GRAVARLOS O HIPOTECARLOS, ALTERAR LA FORMA DE LOS BIENES RAÍCES POR NATURALEZA O DESTINO Y DAR O RECIBIR EN MUTUO CANTIDADES DE DINERO, HACER DEPÓSITOS BANCARIOS, FIRMAR TODA CLASE DE TÍTULOS VALORES Y NEGOCIARLOS, GIRARLOS, ACEPTARLOS, ENDOSARLOS, PAGARLOS, PROTESTARLOS, DESCARGARLOS, TENERLOS, ETC., COMPARECER A LOS JUICIOS DONDE SE DISCUTA LA PROPIEDAD DE LOS BIENES SOCIALES O CUALQUIER DERECHO DE LA COMPAÑÍA, TRANSIGIR, COMPROMETER, DESISTIR, NOTAR, RECIBIR, INTERPONER LOS RECURSOS DE CUALQUIER GÉNERO EN TODOS LOS NEGOCIOS O ASUNTOS DE CUALQUIER ÍNDOLE QUE TENGA PENDIENTE LA SOCIEDAD, REPRESENTARLA ANTE CUALQUIER CLASE DE FUNCIONARIO, TRIBUNAL O AUTORIDAD PERSONA JURÍDICA O NATURAL, ETC., Y EN GENERAL ACTUAR EN LA ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS NEGOCIOS SOCIALES 12). CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LAS DECISIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA; 13). LAS DEMÁS QUE LE CONFIEREN LAS LEYES Y LOS ESTATUTOS Y LAS QUE LE CORRESPONDAN POR LA NATURALEZA DE SU CARGO. 14.) LIMITACIÓN EXPRESA PARA QUE LOS NEGOCIOS O ACTOS JURÍDICOS SUSCRITOS POR EL GERENTE SEAN VÁLIDOS, DEBERÁ SUSCRIBIRLOS JUNTO CON UNO DE SUS SUPLENTE, POR LO QUE SE ENTIENDE QUE LA SOCIEDAD SOLO SE VERÁ OBLIGADA CUANDO LA FIRMA DEL GERENTE SE ENCUENTRE ACOMPAÑADA DE LA FIRMA DE CUALQUIERA DE SUS SUPLENTE, SIENDO REQUISITO DE VALIDEZ DOS FIRMAS PARA CUALQUIER DOCUMENTO SUSCRITO POR LA SOCIEDAD Y QUE GENERE OBLIGACIÓN PARA LA MISMA. LA MISMA REGLA SE APLICARÁ CUANDO CUALQUIERA DE LOS SUPLENTE ESTE REEMPLAZANDO AL GERENTE.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA GENERAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92164 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION | T. PROF |
|----------------|----------------------------------|-----------------|---------|
| REVISOR FISCAL | STERLING & ASOCIADOS AUDITORES Y | NIT 900337355-1 | |



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo el Futuro

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:05 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

CONSULTORES TRIBUTARIOS S.A.S.

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 01 DE ABRIL DE 2022 DE CERTIFICACION, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92165 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION | T. PROF |
|----------------|--------------------------------------|----------------|----------|
| REVISOR FISCAL | ALVAREZ CESPEDES YEISON GUILLERMO | CC 86,056,962 | 173255-T |

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 01 DE ABRIL DE 2022 DE CERTIFICACION, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92165 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACION | T. PROF |
|-------------------------|-------------------------------|----------------|----------|
| REVISOR FISCAL SUPLENTE | GALINDO RIOS CLAUDIA PATRICIA | CC 40,216,059 | 101788-T |

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CLINICA META

MATRICULA : 160

FECHA DE MATRICULA : 19720328

FECHA DE RENOVACION : 20230328

ULTIMO AÑO RENOVADO : 2023

DIRECCION : CALLE 33 NO. 36-50_BARZAL

BARRIO : BARZAL

MUNICIPIO : 50001 - VILLAVICENCIO

TELEFONO 1 : 6614400

TELEFONO 3 : 6614400

CORREO ELECTRONICO : jefe.contabilidad@clinicameta.co

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

ACTIVIDAD SECUNDARIA : L6810 - ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS

VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 96,116,569,008

CERTIFICA - SUCURSALES Y AGENCIAS

QUE ES PROPIETARIO DE LAS SIGUIENTES SUCURSALES Y AGENCIAS EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE :** CONSULTA EXTERNA CLINICA META

CATEGORÍA : SUCURSAL

MATRÍCULA : 378711

FECHA DE MATRÍCULA : 20200930

FECHA DE RENOVACIÓN : 20230328

ÚLTIMO AÑO RENOVADO : 2023

DIRECCION : CALLE 32 33 17 TRECER PISO BRR BARZAL

MUNICIPIO : 50001 - VILLAVICENCIO

TELÉFONO 1 : 6614400

CORREO ELECTRÓNICO : juridica@clinicameta.co

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - Actividades de hospitales y clínicas, con internacion

ACTIVOS VINCULADOS : 10,000,000

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es GRAN EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:



CÁMARA DE COMERCIO
DE VILLAVICENCIO
Construyendo Región

**CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**

Fecha expedición: 2023/04/26 - 12:04:06 **** Recibo No. S001668564 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20230426-0147

CODIGO DE VERIFICACIÓN 71eDf7MCyc

Ingresos por actividad ordinaria : \$91,233,123,876

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIU : Q8610

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : \$7,200

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace <https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=1640> seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación 71eDf7MCyc

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Debora Murillo R

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.266.251**

PINILLA OCAMPO

APELLIDOS
MELISSA JULIETH

NOMBRES

FIRMA




INDICE DERECHO

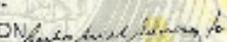
FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1989**
VILLAVICENCIO
 (META)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
 ESTATURA

O+
 G S HH

F
 SEXO

20-NOV-2007 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIST SANCHEZ TORRES



P-1500150-00129667-F-1026266251-20081119 0006367242A 1 23857953



Consejo Superior
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
MELISSA JULIETH

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
WILSON RUIZ OREJUELA

APELLIDOS:
PINILLA OCAMPO

UNIVERSIDAD
SANTO TOMAS VICIO

FECHA DE GRADO
12 de diciembre de 2014

CONSEJO SECCIONAL
META

CEDULA
1026266231

FECHA DE EXPEDICION
17 de febrero de 2015

TARJETA N°
252678

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 198 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.**

**SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.266.251**

PINILLA OCAMPO

APELLIDOS
MELISSA JULIETH

NOMBRES

 FIRMA



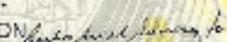

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1989
VILLAVICENCIO (META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
 ESTATURA

O+
 C S HH

F
 SEXO

20-NOV-2007 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIST SANCHEZ TORRES

INDICE DEFENSO



P-1500150-00129667-F-1026266251-20081119 0006367242A 1 23857953

11001400303320230002400 CONTESTACIÓN Y LLAMADO EN GARANTÍA

Melissa Pinilla <jefe.juridica@clinicameta.co>

Lun 8/05/2023 3:23 PM

Para: Juzgado 33 Civil Municipal - Bogota - Bogota D.C. <jcml33bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: mynasociados1@gmail.com <mynasociados1@gmail.com>; marianieto@keralty.com <marianieto@keralty.com>; Juridica <juridica@clinicameta.co>; notificacioneslegales.co@chubb.com <notificacioneslegales.co@chubb.com>

 3 archivos adjuntos (18 MB)

230508 - PODER ESPECIAL.pdf; 230508 - CONTESTACIÓN DE DEMANDA.pdf; 230508 - LLAMADO EN GARANTIA A CHUBB.pdf;

Doctor:

HERNÁN ANDRÉS GONZÁLEZ BUITRAGO**JUZGADO TREINTA Y TRES CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ****jcml33bt@cendoj.ramajudicial.gov.co****REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL.****RAD: 11001400303320230002400.****DEMANDANTE. PEDRO LUIS AGUDELO LOPEZ.****DEMANDADAS: INVERSIONES CLINICA META S.A. - EPS SANTAS S.A.S.****ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y LLAMADO EN GARANTIA**

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Villavicencio., identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.026.266.231 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 252.678 del C. S. de la J., en mi calidad de apoderada de **INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**, demandada en el proceso de la referencia, por medio del presente me permito allegar poder especial (PDF) en 13 folios, contestación de demanda (PDF) en 94 folios y llamamiento en garantía (PDF) en 50 folios, para que sean tenidos en cuenta en el presente proceso.

Para efectos de notificación y comunicación con la suscrita solicito tener en cuenta lo siguiente:

Correo: jefe.juridica@clinicameta.co

Teléfono: 320 8317354

Agradezco confirmar el recibido del presente mensaje y sus anexos.

Con copia a los correos que se registran en nuestra institución de las demás partes del proceso.

Cordialmente,

MELISSA PINILLA OCAMPO**APODERADA****INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**