

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA
ACCIONANTE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
ACCIONADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD
RADICACION: 76001400300520240041900
UBICACIÓN. 15.- TUTELAS AÑO 2024



JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL
PALACIO DE JUSTICIA PEDRO ELIAS SERRANO ABADÍA
CARRERA 10 # 12-15 PISO 9
Teléfono: (602) 8986868 - Ext 5052-5053.
j05cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

NOTIFICACIÓN AVISO
TUTELA

Señor(es)

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA
ACCIONANTE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
ACCIONADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD
RADICACION: 76001400300520240041900

La suscrita secretaria del Juzgado Quinto Civil Municipal de Cali, **AVISA** que en este despacho cursa acción de tutela propuesta por LUZ MARY SALAZAR MANZANO, en contra de ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD notifica la parte resolutive del auto No. 370 del 22 de abril de 2024 que resolvió lo siguiente:

PRIMERO: ADMITIR la presente acción de tutela instaurada por la señora LUZ MARY SALAZAR MANZANO en contra ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD, con el fin de que se le protejan los derechos fundamentales al mínimo vital, seguridad social y a la salud los cuales consideran amenazados por dicha entidad.

SEGUNDO: SE LE REMITE a la accionada, copia de la presente acción de tutela a fin de que se pronuncie al respecto y aporte las pruebas que pretenda hacer valer. Dichos informes se considerarán rendidos bajo la

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA
ACCIONANTE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
ACCIONADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD
RADICACION: 76001400300520240041900
UBICACIÓN. 15.- TUTELAS AÑO 2024

gravedad de juramento y la omisión injustificada en el envío de los mismos, dará lugar a la imposición de la sanción por desacato que consagra el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991, e igualmente, en caso de que no fueren rendidos dentro del plazo fijado, se tendrán por ciertos los hechos expuestos por la accionante y se entrará a resolver de plano. Deberá la accionada allegar con la respuesta el certificado de existencia y representación legal de la misma, a fin de individualizar al Representante legal de esta en un eventual trámite incidental.

TERCERO: Notificar a las partes intervinientes en la presente acción, por el medio más expedito posible y eficaz (artículo 16 del Decreto 2591/91), para

El presente aviso permanecerá fijado por un día y dentro de dicho término deberán las partes hacer valer su derecho de defensa.

Se fija el presente aviso siendo las 1 PM del día de hoy veintinueve (29) de abril de dos mil veinticuatro (2024).



ANA MARÍA RODRÍGUEZ ROJAS

Secretaria

REFERENCIA ACCION DE TUTELA
ACCIONANTE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
ACCIONADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD
RADICACION: 76001400300520240041900
UBICACIÓN. 15.- TUTELAS AÑO 2024
AUTO ADMITE ACCION DE TUTELA

CONSTANCIA SECRETARIAL. A Despacho del señor Juez, la presente acción de tutela para su admisión. Sírvese Proveer. Santiago de Cali, 22 abril de 2024.

La secretaria,

ANA MARÍA RODRÍGUEZ ROJAS

Auto No. 370

JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL

Santiago de Cali, veintidós (22) de abril de dos mil veinticuatro (2024).

La señora **LUZ MARY SALAZAR MANZANO**, quien actúa en nombre propio instaura acción de tutela en contra de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD**, con el fin de que se le protejan los derechos fundamentales al mínimo vital, seguridad social y a la salud los cuales consideran amenazados por dicha entidad.

Como quiera que la presente acción, reúne los requisitos básicos del Decreto 2591 de 1991 y demás normas concordantes, se dispondrá su admisión y en virtud de ello,

El Juzgado Quinto Civil Municipal de Cali, **RESUELVE:**

PRIMERO: ADMITIR la presente acción de tutela instaurada por la señora **LUZ MARY SALAZAR MANZANO** en contra **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD**, con el fin de que se le protejan los derechos fundamentales al mínimo vital, seguridad social y a la salud los cuales consideran amenazados por dicha entidad.

SEGUNDO: SE LE REMITE a la accionada, copia de la presente acción de tutela a fin de que se pronuncie al respecto y aporte las pruebas que pretenda hacer valer.

Dichos informes se considerarán rendidos bajo la gravedad de juramento y la omisión injustificada en el envío de los mismos, dará lugar a la imposición de la sanción por desacato que consagra el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991, e igualmente, en caso de que no fueren rendidos dentro del plazo fijado, se tendrán por ciertos los hechos expuestos por la accionante y se entrará a resolver de plano. Deberá la accionada allegar con la respuesta el certificado de existencia y representación legal de la misma, a fin de individualizar al Representante legal de esta en un eventual trámite incidental.

TERCERO: Notificar a las partes intervinientes en la presente acción, por el medio más expedito posible y eficaz (artículo 16 del Decreto 2591/91), **para**

REFERENCIA ACCION DE TUTELA
ACCIONANTE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
ACCIONADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ASMET SALUD
RADICACION: 76001400300520240041900
UBICACIÓN. 15.- TUTELAS AÑO 2024
AUTO ADMITE ACCION DE TUTELA

que se pronuncien en el término de DOS (2) DÍAS, sobre los hechos materia de la presente acción, misma que deberá ser allegada al correo institucional j05cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

(Firmado Electrónicamente)

JORGE ALBERTO FAJARDO HERNÁNDEZ
JUEZ

05

Firmado Por:

Jorge Alberto Fajardo Hernandez

Juez

Juzgado Municipal

Civil 005

Cali - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ca705b87b2e50b68ce3d219b199a0992aae522f6fc43867796fcf89814d590c2**

Documento generado en 22/04/2024 08:42:12 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

RV: DERECHO DE PETICION

Sección Reparto Oficina Judicial - Valle del Cauca - Cali <ojrepartocali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Vie 19/04/2024 11:24

Para: Juzgado 05 Civil Municipal - Valle del Cauca - Cali <j05cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: salamancaabogado@gmail.com <salamancaabogado@gmail.com>

3 archivos adjuntos (4 MB)

DERECHO DE PETICION.pdf; CONSULTA MEDICA EXTERNA.pdf; ACCION DE TUTELA REEMBOLSO ATENCION MEDICA PRIORITARIA.pdf;

Cordial saludo.

De manera atenta nos permitimos remitir para su respectivo trámite el presente asunto, el cual se sometió a reparto aleatorio y le correspondió a su despacho.

Nota: verificar que el acta de reparto corresponda a su despacho. En caso de que no pertenezca al juzgado por favor hacer devolución por este mismo medio informando a la oficina judicial de Cali (reparto).

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

Fecha: 19/abr./2024 Página 1

CORPORACION GRUPO TUTELAS
 JUZGADOS MUNICIPALES CD. DESP SECUENCIA: FECHA DE REPARTO
 REPARTIDO AL DESPACHO 105 573749 19/abr./2024

JUZGADO 05 CIVIL MUNICIPAL DE CALI-TUTELAS

IDENTIFICACION	NOMBRE	APELLIDO	SUJETO PROCESAL
31939268	LUZ MARY SALAZAR MANZANO		01

27001-CS01BAA3 CUADERNOS 1

pbarona FOLIOS POR OJ

EMPLEADO

OBSERVACIONES

CONSULTA PREVIA:

Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

NUEVA CONSULTA
CONSULTAR CUANDO ESTA EN EL 250
CONSULTAR SI HAY NUEVA PRESENTACIÓN

INGRESE NOMBRE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO Demandante
 Demandado
 Apoderado

NOMBRE CONSULTADO: %LUZ%MARY%SALAZAR%MANZANO%

RESULTADO DE LA BUSQUEDA

	FECHA_REPARTO	SECUENCIA	DESPACHO	GRUPO	PARTE	IDENTIFICACION	NOMBRE	CORP	ESPE	COD_DESP	COD_GRUPO
1	5/12/2023 2:22 p. m.	545131	JUZGADO 23 CIVIL MUNICIPAL DE CALI-TUTELAS	TUTELAS	01	31939268	LUZ MARY SALAZAR MANZANO	40	31	123	01
2	5/12/2023 2:22 p. m.	545131	JUZGADO 23 CIVIL MUNICIPAL DE CALI-TUTELAS	TUTELAS	02	EN000000055347	ASMETSALUD EPS	40	31	123	01

República de Colombia

IDENTIFICACION: 31939268 Demandante
 Demandado
 Apoderado

NOMBRE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO

RESULTADO DE LA BUSQUEDA

	FECHA_REPARTO	SECUENCIA	DESPACHO	GRUPO	PARTE	IDENTIFICACION	NOMBRE	CORP	ESPE	COD_DESP	COD_GRUPO
1	5/12/2023 2:22 p. m.	545131	JUZGADO 23 CIVIL MUNICIPAL DE CALI-TUTELAS	TUTELAS	01	31939268	LUZ MARY SALAZAR MANZANO	40	31	123	01
2	5/12/2023 2:22 p. m.	545131	JUZGADO 23 CIVIL MUNICIPAL DE CALI-TUTELAS	TUTELAS	02	EN000000055347	ASMETSALUD EPS	40	31	123	01

Atentamente,

PAOLA BARÓN ARAGÓN
Asistente Administrativo
Oficina Judicial
Administración Judicial - Seccional Valle

De: Oscar Fabian Salamanca R. <salamancaabogado@gmail.com>

Enviado: viernes, abril 19, 2024 8:52 AM

Para: Sección Reparto Oficina Judicial - Valle del Cauca - Cali <ojrepartocali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: centrodecontacto@asmetsalud.com <centrodecontacto@asmetsalud.com>; luz_ma64@hotmail.es <luz_ma64@hotmail.es>

Asunto: Fwd: DERECHO DE PETICION

Señor
JUEZ MUNICIPAL DE CALI (REPARTO)
E. S. D.

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA
 ACCIONANTE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO C.C. 31.939. 268
 ACCIONADO: ASMET SALUD E.P.S.

LUZ MARY SALAZAR MANZANO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 31.939. 268, instauró ante su despacho ACCIÓN DE TUTELA contra ASMET SALUD E.P.S., por cuanto esta entidad actualmente está vulnerando mis derechos fundamentales a la seguridad social, salud y dignidad humana. Esta acción de tutela se fundamenta en los siguientes:

HECHOS

1. Soy una persona de 59 años de edad la cual me encuentro afiliada a ASMET SALUD E.P.S., como entidad prestadora de servicios de salud dentro del régimen contributivo.
2. El día 28 de octubre de 2023, presente una URGENCIA VITAL que puso en riesgo mi vida razón por la cual me dirige a la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron la vida después de haber recorrido varios centros asistenciales donde me negaron la atención por ser afiliada a ASMET SALUD E.P.S.
3. La CLÍNICA IMBANACO se negó a prestarme los servicios médicos con el argumento que no tenía convenio con ASMET SALUD E.P.S. para prestación de servicios médicos por URGENCIA VITAL, pero ante la apremiante situación de mi salud donde corría peligro mi vida optó por prestar los servicios médicos para salvarme la vida para lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$2.000.000.oo, como depósito inicial para atención por urgencias el mismo día 28 de octubre de 2023.
4. En la CLÍNICA IMBANACO en el servicio de urgencias me diagnosticaron ABSCESO HEPÁTICO y ante la gravedad de mi cuadro clínico me hospitalizaron con asignación de la habitación 512, con internación complejidad alta con cuidado intrahospitalario por medicina especializada el mismo día 28 de octubre de 202, por lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$9.000.000.oo.
5. En la CLÍNICA IMBANACO me practicaron TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL), PARA DRENAJE DE COLECCIÓN HEPÁTICA. COLONOSCOPIA TOTAL, además exámenes, medicamentos y procedimientos descritos en la historia clínica.
6. Para continuar con la atención médica prioritaria para salvar mi vida el día 03 de noviembre de 2023, encontrándome hospitalizada realice un segundo pago a la CLÍNICA IMBANACO por valor \$5.000.000.oo., el día 03 de noviembre de 2023.
7. El día 04 de noviembre de 2023, fecha en la cual los médicos tratantes ordenaron mi egreso de la CLÍNICA IMBANACO cancele la suma de \$2.329.662.oo.
8. La atención médica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO la cual tuve que pagar con mis propios recursos compendio:
 - Ayuda Diagnóstica
 - Derechos de Estancia
 - Honorarios por consultas – Inter Consultas - Intra – Hospitalaria
 - Pruebas Exámenes
 - Materiales
 - Materiales Usados en los Sets
 - Medicamentos
 - Procedimientos Terapéuticos Quirúrgicos

Para un total pagado de \$18.329.660.oo.

9. Una vez se ordenó el egreso de la CLÍNICA IMBANACO tuve que pagar con mis propios recursos citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.oo.
10. Conforme con todo lo anterior es razonable y pertinente que ASMET SALUD E.P.S., proceda a reembolsar los dineros cancelados para salvar mi vida ya que no obtuve atención médica en centros asistenciales diferentes a la CLÍNICA IMBANACO.
11. Debido a que soy una persona sola y que los procedimientos médicos me causaron más de veinte (20), días de incapacidad y ante mi situación médica actual me era muy difícil presentar la reclamación o reembolso del dinero dentro del término establecido por ASMET SALUD E.P.S., lo cual vulnera mis derechos fundamentales al mínimo vital, dignidad humana, seguridad social y derecho a la salud.
12. Desde el día 22 de febrero de 2024, radique un DERECHO DE PETICIÓN ante ASMET SALUD E.P.S., el cual remití al correo de notificación judicial de la entidad como es: centrodecontacto@asmetsalud.com

para: centrodecontacto@asmetsalud.com

CC: luz_ma64@hotmail.es

fecha: 22 feb 2024, 5:27 p.m.

asunto: DERECHO DE PETICIÓN

enviado [gmail.com](mailto:)

por:

13. Hasta la presente fecha ASMET SALUD E.P.S., se ha negado a reembolsarme los gastos derivados por la atención médica prioritaria.

PETICIONES

Señor Juez, le solicito tutelar mis derechos fundamentales ORDENANDO a la entidad ASMET SALUD E.P.S., REEMBOLSAR la suma total de VEINTE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS MCTE (\$20.598.510.oo.), por la atención de médica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron mi vida.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Constitución Policía de Colombia
2. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
3. Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
4. Decreto 2462 de 2013 Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud
5. Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Concepto MIN. SALUD 2-2018-092408. Reembolso gastos en que incurran los afiliados:

- La obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud de reembolsar a sus afiliados los gastos en que estos hubieran tenido que incurrir por concepto de salud se encuentra regulado en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 proferida por el entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en donde han sido precisados los eventos concretos en los que opera el reembolso, así como el trámite para su obtención.
 - **“ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.” (Subrayado fuera de texto).
 - En ese orden de ideas, resulta claro que las Entidades Promotoras de Salud se encuentran obligadas por mandato legal a reconocer a sus afiliados los gastos que los mismos hubiesen tenido que asumir en los siguientes eventos:
 - I. **Tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito.**
 - II. Cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas.
 - III. En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

Una vez se determine la ocurrencia de cualquiera de las situaciones antes expuestas, el afiliado está facultado para solicitar a su correspondiente entidad promotora de salud el reembolso a que haya lugar.

Para el efecto, la solicitud de reembolso deberá ser presentada dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente, debiéndose adjuntar a la misma como soportes documentales los originales de las facturas, la certificación emitida por un médico sobre la ocurrencia del hecho y de sus características, así como una copia de la historia clínica del paciente.

Luego de recibida la respectiva solicitud, la Entidad Promotora de Salud cuenta con un término de treinta (30) días, contados estos a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud del afiliado. El reconocimiento económico que efectúe la entidad promotora de salud se hará conforme a las tarifas que para ese efecto tenga establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público.

PRUEBAS Y ANEXOS

1. Historias clínicas
2. Facturas y soportes de pago efectuados a la CLÍNICA IMBANACO por valor de \$18.329.660.00.
3. Soporte de pago de citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.00.
4. Incapacidad médica.

JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento manifestó señor Juez, que no he interpuesto acción de tutela por los mismos hechos ante otra autoridad judicial.

NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones personales en los correos electrónicos: luz_ma64@hotmail.es – salamancaabogado@gmail.com

Celular: 314 670 95 69

ASMET SALUD E.P.S., recibe notificaciones en el correo electrónico: centrodecontacto@asmetsalud.com

Atentamente,

LUZ MARY SALAZAR MANZANO
LUZ MARY SALAZAR MANZANO
C.C. 31.939. 268

 [CONSULTA MEDICA EXTERNA.pdf](#)

 [DERECHO DE PETICION E.P.S. - REEMBOLSO ATENCION MEDICA PRIORITARIA.doc](#)

 [DERECHO DE PETICION.pdf](#)

 [FACTURA IMBANACO.pdf](#)

 [FACTURA PAGO I.pdf](#)

 [FACTURA PAGO II.pdf](#)

 [FACTURA Y SOPORTE DE PAGO DEPOSITO SERVICIO DE URGENCIAS IMBANACO.pdf](#)

 [FACTURA.pdf](#)

 [HISTORIA CLINICA I.pdf](#)

 [HISTORIA CLINICA II.pdf](#)

 [HISTORIA CLINICA URGENCIAS IMBANACO I.pdf](#)

[HISTORIA CLINICA URGENCIAS IMBANACO](#)

[II.pdf](#)

[INCAPACIDAD MEDICA I.pdf](#)

[INCAPACIDAD MEDICA II.pdf](#)

[PAGO EXAMENES CEDIMA POR TRANSFERENCIA.pdf](#)

[PAGO MEDICAMENTO POR TRANSFERENCIA.pdf](#)

[RESULTADOS EXAMENES MEDICA EXTERNA..pdf](#)

[SOPORTE PAGO EXAMENES Y MEDICAMENTOS.pdf](#)

----- Forwarded message -----

De: **Oscar Fabian Salamanca R.** <salamancaabogado@gmail.com>

Date: jue, 22 feb 2024 a la(s) 5:27 p.m.

Subject: DERECHO DE PETICION

To: <centrodecontacto@asmetsalud.com>

Cc: <luz_ma64@hotmail.es>

Señores
ASMET SALUD E.P.S.
E. S. D.

REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN

LUZ MARY SALAZAR MANZANO, identificada con la cedula de ciudadanía No. 31.939. 268, instauró ante su despacho Derecho de Petición en uso del derecho fundamental previsto en el artículo 23 de nuestra Constitución Política con base en los siguientes:

HECHOS

1. Soy una persona de 59 años de edad la cual me encuentro afiliada a ASMET SALUD E.P.S., como entidad prestadora de servicios de salud dentro del régimen contributivo.
2. El día 28 de octubre de 2023, presente una URGENCIA VITAL que puso en riesgo mi vida razón por la cual me dirige a la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron la vida después de haber recorrido varios centros asistenciales donde me negaron la atención por ser afiliada a ASMET SALUD E.P.S.
3. La CLÍNICA IMBANACO se negó a prestarme los servicios médicos con el argumento que no tenía convenio con ASMET SALUD E.P.S. para prestación de servicios médicos por URGENCIA VITAL, pero ante la apremiante situación de mi salud donde corría peligro mi vida optó por prestar los servicios médicos para salvarme la vida para lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$2.000.000.oo, como depósito inicial para atención por urgencias el mismo día 28 de octubre de 2023.
4. En la CLÍNICA IMBANACO en el servicio de urgencias me diagnosticaron ABSCESO HEPÁTICO y ante la gravedad de mi cuadro clínico me hospitalizaron con asignación de la habitación 512, con internación complejidad alta con cuidado intrahospitalario por medicina especializada el mismo día 28 de octubre de 202, por lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$9.000.000.oo.
5. En la CLÍNICA IMBANACO me practicaron TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL), PARA DRENAJE DE COLECCIÓN HEPÁTICA. COLONOSCOPIA TOTAL, además exámenes, medicamentos y procedimientos descritos en la historia clínica.
6. Para continuar con la atención médica prioritaria para salvar mi vida el día 03 de noviembre de 2023, encontrándome hospitalizada realice un segundo pago a la CLÍNICA IMBANACO por valor \$5.000.000.oo., el día 03 de noviembre de 2023.
7. El día 04 de noviembre de 2023, fecha en la cual los médicos tratantes ordenaron mi egreso de la CLÍNICA IMBANACO cancele la suma de \$2.329.662.oo.
8. La atención médica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO la cual tuve que pagar con mis propios recursos compendio:
 - Ayuda Diagnóstica
 - Derechos de Estancia
 - Honorarios por consultas – Inter Consultas - Intra – Hospitalaria
 - Pruebas Exámenes
 - Materiales
 - Materiales Usados en los Sets
 - Medicamentos
 - Procedimientos Terapéuticos Quirúrgicos

Para un total pagado de \$18.329.660.oo.

9. Una vez se ordenó el egreso de la CLÍNICA IMBANACO tuve que pagar con mis propios recursos citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.oo.

10. Conforme con todo lo anterior es razonable y pertinente que ASMET SALUD E.P.S., proceda a reembolsar los dineros cancelados para salvar mi vida ya que no obtuve atención médica en centros asistenciales diferentes a la CLÍNICA IMBANACO.

11. Debido a que soy una persona sola y que los procedimientos médicos me causaron más de veinte (20), días de incapacidad y ante mi situación médica actual me era muy difícil presentar la reclamación o reembolso del dinero dentro del término establecido por ASMET SALUD E.P.S., lo cual vulnera mis derechos fundamentales al mínimo vital, dignidad humana, seguridad social y derecho a la salud.

PETICIONES

ASMET SALUD E.P.S., debe aplicar la normatividad vigente en materia de salud por tanto solicito el REEMBOLSO de la suma total de VEINTE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS MCTE (\$20.598.510.oo.), por la atención de médica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron mi vida.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Constitución Policía de Colombia
2. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
3. Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
4. Decreto 2462 de 2013 Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud
5. Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social.
6. **Concepto MIN. SALUD 2-2018-092408. Reembolso gastos en que incurran los afiliados:**

- La obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud de reembolsar a sus afiliados los gastos en que estos hubieran tenido que incurrir por concepto de salud se encuentra regulado en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 proferida por el entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en donde han sido precisados los eventos concretos en los que opera el reembolso, así como el trámite para su obtención.
 - **“ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.” (Subrayado fuera de texto).
 - En ese orden de ideas, resulta claro que las Entidades Promotoras de Salud se encuentran obligadas por mandato legal a reconocer a sus afiliados los gastos que los mismos hubiesen tenido que asumir en los siguientes eventos:
 - I. **Tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito.**
 - II. Cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas.
 - III. En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

Una vez se determine la ocurrencia de cualquiera de las situaciones antes expuestas, el afiliado está facultado para solicitar a su correspondiente entidad promotora de salud el reembolso a que haya lugar.

Para el efecto, la solicitud de reembolso deberá ser presentada dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente, debiéndose adjuntar a la misma como soportes documentales los originales de las facturas, la certificación emitida por un médico sobre la ocurrencia del hecho y de sus características, así como una copia de la historia clínica del paciente.

Luego de recibida la respectiva solicitud, la Entidad Promotora de Salud cuenta con un término de treinta (30) días, contados estos a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud del afiliado. El reconocimiento económico que efectúe la entidad promotora de salud se hará conforme a las tarifas que para ese efecto tenga establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público.

 [FACTURA IMBANACO.pdf](#)

 [FACTURA PAGO I.pdf](#)

 [FACTURA PAGO II.pdf](#)

 [FACTURA Y SOPORTE DE PAGO DEPOSITO
SERVICIO DE URGENCIAS IMBANACO.pdf](#)

 [FACTURA.pdf](#)

 [HISTORIA CLINICA I.pdf](#)

 [HISTORIA CLINICA II.pdf](#)

 [HISTORIA CLINICA URGENCIAS IMBANACO I.pdf](#)

 [HISTORIA CLINICA URGENCIAS IMBANACO
II.pdf](#)

 [INCAPACIDAD MEDICA I.pdf](#)

 [INCAPACIDAD MEDICA II.pdf](#)

 [PAGO EXAMENES CEDIMA POR
TRANSFERENCIA.pdf](#)

 [PAGO MEDICAMENTO POR
TRANSFERENCIA.pdf](#)

 [RESULTADOS EXAMENES MEDICA
EXTERNA..pdf](#)

 [SOPORTE PAGO EXAMENES Y
MEDICAMENTOS.pdf](#)

ANEXOS

1. Historias clínicas
2. Facturas y soportes de pago efectuados a la CLÍNICA IMBANACO por valor de \$18.329.660.oo.
3. Soporte de pago de citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.oo.
4. Incapacidad médica.

NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones personales en los correos electrónicos: luz_ma64@hotmail.es – salamancaabogado@gmail.com

Celular: 314 670 95 69

Atentamente,

LUZ MARY SALAZAR MANZANO
LUZ MARY SALAZAR MANZANO
C.C. 31.939. 268

Señor
JUEZ MUNICIPAL DE CALI (REPARTO)
E. S. D.

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA
ACCIONANTE: LUZ MARY SALAZAR MANZANO C.C. 31.939. 268
ACCIONADO: ASMET SALUD E.P.S.

LUZ MARY SALAZAR MANZANO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 31.939. 268, instauró ante su despacho ACCIÓN DE TUTELA contra ASMET SALUD E.P.S., por cuanto esta entidad actualmente está vulnerando mis derechos fundamentales a la seguridad social, salud y dignidad humana. Esta acción de tutela se fundamenta en los siguientes:

HECHOS

1. Soy una persona de 59 años de edad la cual me encuentro afiliada a ASMET SALUD E.P.S., como entidad prestadora de servicios de salud dentro del régimen contributivo.
2. El día 28 de octubre de 2023, presente una URGENCIA VITAL que puso en riesgo mi vida razón por la cual me dirige a la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron la vida después de haber recorrido varios centros asistenciales donde me negaron la atención por ser afiliada a ASMET SALUD E.P.S.
3. La CLÍNICA IMBANACO se negó a prestarme los servicios médicos con el argumento que no tenía convenio con ASMET SALUD E.P.S. para prestación de servicios médicos por URGENCIA VITAL, pero ante la apremiante situación de mi salud donde corría peligro mi vida optó por prestar los servicios médicos para salvarme la vida para lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$2.000.000.oo, como depósito inicial para atención por urgencias el mismo día 28 de octubre de 2023.
4. En la CLÍNICA IMBANACO en el servicio de urgencias me diagnosticaron ABSCESO HEPÁTICO y ante la gravedad de mi cuadro clínico me hospitalizaron con asignación de la habitación 512, con internación complejidad alta con cuidado intrahospitalario por medicina especializada el mismo día 28 de octubre de 202, por lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$9.000.000.oo.
5. En la CLÍNICA IMBANACO me practicaron TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL), PARA DRENAJE DE COLECCIÓN HEPÁTICA. COLONOSCOPIA TOTAL, además exámenes, medicamentos y procedimientos descritos en la historia clínica.
6. Para continuar con la atención médica prioritaria para salvar mi vida el día 03 de noviembre de 2023, encontrándome hospitalizada realice un segundo pago a la CLÍNICA IMBANACO por valor \$5.000.000.oo., el día 03 de noviembre de 2023.
7. El día 04 de noviembre de 2023, fecha en la cual los médicos tratantes ordenaron mi egreso de la CLÍNICA IMBANACO cancele la suma de \$2.329.662.oo.
8. La atención médica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO la cual tuve que pagar con mis propios recursos compendio:

- Ayuda Diagnóstica
- Derechos de Estancia
- Honorarios por consultas – Inter Consultas - Intra – Hospitalaria
- Pruebas Exámenes
- Materiales
- Materiales Usados en los Sets
- Medicamentos
- Procedimientos Terapéuticos Quirúrgicos

Para un total pagado de \$18.329.660.oo.

9. Una vez se ordenó el egreso de la CLÍNICA IMBANACO tuve que pagar con mis propios recursos citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.oo.
10. Conforme con todo lo anterior es razonable y pertinente que ASMET SALUD E.P.S., proceda a reembolsar los dineros cancelados para salvar mi vida ya que no obtuve atención médica en centros asistenciales diferentes a la CLÍNICA IMBANACO.
11. Debido a que soy una persona sola y que los procedimientos médicos me causaron más de veinte (20), días de incapacidad y ante mi situación médica actual me era muy difícil presentar la reclamación o reembolso del dinero dentro del término establecido por ASMET SALUD E.P.S., lo cual vulnera mis derechos fundamentales al mínimo vital, dignidad humana, seguridad social y derecho a la salud.
12. Desde el día 22 de febrero de 2024, radique un DERECHO DE PETICIÓN ante ASMET SALUD E.P.S., el cual remití al correo de notificación judicial de la entidad como es: **centrodecontacto@asmetsalud.com**

para: **centrodecontacto@asmetsalud.com**

CC: **luz_ma64@hotmail.es**

fecha: **22 feb 2024, 5:27 p.m.**

asunto: **DERECHO DE PETICIÓN**

enviado **gmail.com**

por:

13. Hasta la presente fecha ASMET SALUD E.P.S., se ha negado a reembolsarme los gastos derivados por la atención médica prioritaria.

PETICIONES

Señor Juez, le solicito tutelar mis derechos fundamentales ORDENANDO a la entidad ASMET SALUD E.P.S., REEMBOLSAR la suma total de VEINTE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS MCTE (\$20.598.510.oo.), por la atención de médica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron mi vida.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Constitución Policía de Colombia
 2. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
 3. Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
 4. Decreto 2462 de 2013 Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud
 5. Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social.
6. **Concepto MIN. SALUD 2-2018-092408. Reembolso gastos en que incurran los afiliados:**
- La obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud de reembolsar a sus afiliados los gastos en que estos hubieran tenido que incurrir por concepto de salud se encuentra regulado en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 proferida por el entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en donde han sido precisados los eventos concretos en los que opera el reembolso, así como el trámite para su obtención.
 - **“ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.” (Subrayado fuera de texto).
 - En ese orden de ideas, resulta claro que las Entidades Promotoras de Salud se encuentran obligadas por mandato legal a reconocer a sus afiliados los gastos que los mismos hubiesen tenido que asumir en los siguientes eventos:
 - I. **Tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito.**
 - II. Cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas.
 - III. En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

Una vez se determine la ocurrencia de cualquiera de las situaciones antes expuestas, el afiliado está facultado para solicitar a su correspondiente entidad promotora de salud el reembolso a que haya lugar.

Para el efecto, la solicitud de reembolso deberá ser presentada dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente, debiéndose adjuntar a la misma como soportes documentales los originales de las facturas, la certificación emitida por un médico sobre la ocurrencia del hecho y de sus características, así como una copia de la historia clínica del paciente.

Luego de recibida la respectiva solicitud, la Entidad Promotora de Salud cuenta con un término de treinta (30) días, contados estos a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud del afiliado. El reconocimiento económico que efectúe la entidad promotora de salud se hará conforme a las tarifas que para ese efecto tenga establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público.

PRUEBAS Y ANEXOS

1. Historias clínicas
2. Facturas y soportes de pago efectuados a la CLÍNICA IMBANACO por valor de \$18.329.660.oo.
3. Soporte de pago de citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.oo.
4. Incapacidad médica.

JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento manifestó señor Juez, que no he interpuesto acción de tutela por los mismos hechos ante otra autoridad judicial.

-

NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones personales en los correos electrónicos: luz_ma64@hotmail.es – salamancaabogado@gmail.com

Celular: 314 670 95 69

ASMET SALUD E.P.S., recibe notificaciones en el correo electrónico: **centrodecontacto@asmetsalud.com**

Atentamente,

LUZ MARY SALAZAR MANZANO

LUZ MARY SALAZAR MANZANO

C.C. 31.939. 268

Señores
ASMET SALUD E.P.S.
E. S. D.

REFERENCIA: DERECHO DE PETICION

LUZ MARY SALAZAR MANZANO, identificada con la cedula de ciudadanía No. 31.939. 268, instauro ante su despacho Derecho de Petición en uso del derecho fundamental previsto en el artículo 23 de nuestra Constitución Política con base en los siguientes:

HECHOS

1. Soy una persona de 59 años de edad la cual me encuentro afiliada a ASMET SALUD E.P.S., como entidad prestadora de servicios de salud dentro del régimen contributivo.
2. El día 28 de octubre de 2023, presente una URGENCIA VITAL que puso en riesgo mi vida razón por la cual me dirige a la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron la vida después de haber recorrido varios centros asistenciales donde me negaron la atención por ser afiliada a ASMET SALUD E.P.S.
3. La CLÍNICA IMBANACO se negó a prestarme los servicios médicos con el argumento que no tenía convenio con ASMET SALUD E.P.S. para prestación de servicios médicos por URGENCIA VITAL, pero ante la apremiante situación de mi salud donde correa peligro mi vida opto por prestarme los servicios médicos para salvarme la vida para lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$2.000.000.oo, como depósito inicial para atención por urgencias el mismo día 28 de octubre de 2023.
4. En la CLÍNICA IMBANACO en el servicio de urgencias me diagnosticaron ABSCESO HEPÁTICO y ante la gravedad de mi cuadro clínico me hospitalizaron con asignación de la habitación 512, con internación complejidad alta con cuidado intrahospitalario por medicina especializada el mismo día 28 de octubre de 202, por lo cual me vi en la obligación de cancelar la suma de \$9.000.000.oo.
5. En la CLÍNICA IMBANACO me practicaron TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL), PARA DRENAJE DE COLECCIÓN HEPATICA. COLONOSCOPIA TOTAL, además exámenes, medicamentos y procedimientos descritos en la historia clínica.
6. Para continuar con la atención medica prioritaria para salvar mi vida el día 03 de noviembre de 2023, encontrándome hospitalizada realice un segundo pago a la CLÍNICA IMBANACO por valor \$5.000.000.oo,, el día 03 de noviembre de 2023.
7. El día 04 de noviembre de 2023, fecha en la cual los médicos tratantes ordenaron mi egreso de la CLÍNICA IMBANACO cancele la suma de \$2.329.662.oo.
8. La atención medica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO la cual tuve que pagar con mis propios recursos compendio:
 - Ayuda Diagnostica
 - Derechos de Estancia
 - Honorarios por consultas – Inter Consultas - Intra – Hospitalaria

- Pruebas Exámenes
- Materiales
- Materiales Usados en los Sets
- Medicamentos
- Procedimientos Terapéuticos Quirúrgicos

Para un total pagado de \$18.329.660.00.

9. Una vez se ordenó el egreso de la CLÍNICA IMBANACO tuve que pagar con mis propios recursos citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.00.
10. Conforme con todo lo anterior es razonable y pertinente que ASMET SALUD E.P.S., proceda a reembolsar los dineros cancelados para salvar mi vida ya que no obtuve atención médica en centros asistenciales diferentes a la CLÍNICA IMBANACO.
11. Debido a que soy una persona sola y que los procedimientos médicos me causaron más de veinte (20), días de incapacidad y ante mi situación médica actual me era muy difícil presentar la reclamación o reembolso del dinero dentro del término establecido por ASMET SALUD E.P.S., lo cual vulnera mis derechos fundamentales al mínimo vital, dignidad humana, seguridad social y derecho a la salud.

PETICIONES

ASMET SALUD E.P.S., debe aplicar la normatividad vigente en materia de salud por tanto solicito el REEMBOLSO de la suma total de VEINTE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUNIENTOS DIEZ PESOS MCTE (\$20.598.510.00.), por la atención de medica que recibí en la CLÍNICA IMBANACO donde me salvaron mi vida.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Constitución Policía de Colombia
2. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
3. Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
4. Decreto 2462 de 2013 Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud
5. Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social.
6. **Concepto MIN. SALUD 2-2018-092408. Reembolso gastos en que incurran los afiliados:**
 - La obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud de reembolsar a sus afiliados los gastos en que estos hubieran tenido que incurrir por concepto de salud se encuentra regulado en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 proferida por el entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en donde han sido precisados los eventos concretos en los que opera el reembolso, así como el trámite para su obtención.

- **“ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.” (Subrayado fuera de texto).
- En ese orden de ideas, resulta claro que las Entidades Promotoras de Salud se encuentran obligadas por mandato legal a reconocer a sus afiliados los gastos que los mismos hubiesen tenido que asumir en los siguientes eventos:
 - I. **Tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito.**
 - II. Cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas.
 - III. En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

Una vez se determine la ocurrencia de cualquiera de las situaciones antes expuestas, el afiliado está facultado para solicitar a su correspondiente entidad promotora de salud el reembolso a que haya lugar.

Para el efecto, la solicitud de reembolso deberá ser presentada dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente, debiéndose adjuntar a la misma como soportes documentales los originales de las facturas, la certificación emitida por un médico sobre la ocurrencia del hecho y de sus características, así como una copia de la historia clínica del paciente.

Luego de recibida la respectiva solicitud, la Entidad Promotora de Salud cuenta con un término de treinta (30) días, contados estos a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud del afiliado. El reconocimiento económico que efectúe la entidad promotora de salud se hará conforme a las tarifas que para ese efecto tenga establecidas el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público.

ANEXOS

1. Historias clínicas
2. Facturas y soportes de pago efectuados a la CLÍNICA IMBANACO por valor de \$18.329.660.00.
3. Soporte de pago de citas médicas especializadas, exámenes y medicamentos por valor de \$2.268.850.00.
4. Incapacidad médica.

NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones personales en los correos electrónicos: luz_ma64@hotmail.es – salamancaabogado@gmail.com

Celular: 314 670 95 69

Atentamente,

LUZ MARY SALAZAR MANZANO

LUZ MARY SALAZAR MANZANO

C.C. 31.939. 268

Clínica Imbanaco

Vocación de Servicio

CONSULTA EXTERNA

Dirección: Cra 38A 5A-100 Torre A Piso 5. TORRE A PISO 5

Teléfono: 3821000 -- Conmutador: 5186000

Correo Electrónico: citas.lmb@quironsalud.com

Nombre del Paciente

LUZ MARY

Edad **59 Años 6 Días**

Entidad **PARTICULAR**

Serv. Remite: **CONSULTA EXTERNA**

Apellidos del paciente

SALAZAR MANZANO

Peso **80 Kg**

Identificación

CC 31939268

Grupo Sanguíneo

Plan **1 PARTICULAR**

Serv Destino: **CONSULTA EXTERNA**

Dxs Ingreso

Dxs Presuntivos **(A064) ABSCESO AMEBIANO DEL HIGADO**

890335

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
Observaciones: CONTROL DR RAMOS CON ENDOSCOPIAS

Firmado electrónicamente por

LUIS GHEDINI RAMOS TAFUR

Identificación: **CC 16690589**

Especialidad: **CIRUGIA GENERAL**

Registro Médico: **11223/92**

Clínica Imbanaco

Vocación de Servicio

CONSULTA EXTERNA



CONSULTA EXTERNA

Dirección: Gra 38A 5A-100 Torre A Piso 5. TORRE A PISO 5
Teléfono: 3821000 -- Conmutador: 5186000
Correo Electrónico: citas.lmb@quironsalud.com



7464444

Nombre del Paciente
LUZ MARY
Edad **59 Años 6 Días**
Entidad **PARTICULAR**
Serv. Remite: **CONSULTA EXTERNA**

Apellidos del paciente
SALAZAR MANZANO
Peso **80 Kg**

Identificación
CC 31939268
Grupo Sanguíneo
Plan **1 PARTICULAR**
Serv Destino: **ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Fecha
22 nov, 2023 08:28
HG: **14034641**

Dxs Ingreso
Dxs Presuntivos **(A064) ABSCESO AMEBIANO DEL HIGADO**

- 452305 COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA Cantidad 1
Observaciones: 58 AÑOS DIABETICA TIPO II CONTROL METFORMINA E HIPERTENSA CONTROL DUAL IECA - Ca.I,
INGRESO CMI EVIDENCIA ABSCESO HEPATICO UNILOCLADO SEGMENTO II BACTERIANO,
DRENAJE POR PUNCION 370 CC 29-10-23 CULTVO SPTREPTOCOCCUS ANGINOSIOS SENSIBLE,
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2-11-23 NO EVIDECIA VEGETACIONES, CON BUENA
FUCNION VENTRICULAR. RECIBIO MANEJO ANTIBIOTICO CON UNASYN POR 21.
ASISE A CONTROL MEDICO Y SE DAN, REQUIERE COLONOSCOPIA TOTAL / ENDOSCOPIA ALTA
CON ANESTESIOLOGO
- 441302 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA Cantidad 1
Observaciones: 58 AÑOS DIABETICA TIPO II CONTROL METFORMINA E HIPERTENSA CONTROL DUAL IECA - Ca.I,
INGRESO CMI EVIDENCIA ABSCESO HEPATICO UNILOCLADO SEGMENTO II BACTERIANO,
DRENAJE POR PUNCION 370 CC 29-10-23 CULTVO SPTREPTOCOCCUS ANGINOSIOS SENSIBLE,
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2-11-23 NO EVIDECIA VEGETACIONES, CON BUENA
FUCNION VENTRICULAR. RECIBIO MANEJO ANTIBIOTICO CON UNASYN POR 21
ASISE A CONTROL MEDICO Y SE DAN, REQUIERE COLONOSCOPIA TOTAL / ENDOSCOPIA ALTA
CON ANESTESIOLOGO

Firmado electrónicamente por
LUIS GHEDINI RAMOS TAFUR
Identificación: **CC 16690589**
Especialidad: **CIRUGIA GENERAL**
Registro Médico: **11223/92**

Clínica Imbanaco
Vocación de Servicio
CONSULTA EXTERNA

PREPARACION DE COLONOSCOPIA

Leer atentamente

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE PARA PROGRAMAR SU CITA:

- ❖ Favor informar a quien le va a asignar su cita de que enfermedad sufre. (Hipertensión, diabetes, problemas cardiacos, problemas respiratorios, entre otros).
- ❖ No puede estar tomando medicamentos anticoagulantes como: aspirina, asawin, carvelidol, ginkgo biloba, ácido acetilsalicílico (ASA), en caso de tomar alguno de estos, se deben suspender (8) días antes del examen.
- ❖ **SI TOMA MEDICAMENTOS COMO:** Warfarina, heparina, enoxaparina o antiplaquetarios debe consultar a su médico tratante antes de suspender. Ya que estos medicamentos pueden aumentar el sangrado después de la toma de biopsias o extracción de pólipos. En caso de no poder suspender estos medicamentos, debe solicitar que el examen se realice en un nivel III de atención.
- ❖ Suspenda la toma de hierro, omega 3 o complementos vitamínicos que contengan hierro.
- ❖ **SI USTED PRESENTA SÍNTOMAS DE RESFRIADO COMO:** tos con secreciones, fiebre, malestar general, secreción nasal. Debe reprogramar el examen.

ANTES DEL EXAMEN

Para su preparación usted debe de comprar:

- ❖ 4 sobres de NULYTELY.
- ❖ 2 tabletas de Bisacodilo.
- ❖ 1 enema de solución salina de 1000ml.

DOS DÍAS ANTES DEL EXAMEN DEBE:

Realizar dieta blanda sin granos, ni verduras, puede consumir cualquiera de los siguientes alimentos: cremas, caldos, sopa de pastas, pure, carne cocida molida, pollo, no debe consumir granadilla ni uvas.

UN DIA ANTES DEL EXAMEN DEBE CONSUMIR LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

- ❖ Aromáticas, agua de panela.
- ❖ Sales de rehidratación oral, tales como pedialyte o hidraplus.
- ❖ Jugos de frutas previamente coladas y sin leche, no jugos de frutas que sean rojas.
- ❖ Consomé sin solidos (papa, yuca, plátano, vísceras, entre otros).

ALIMENTOS QUE NO ESTAN PERMITIDOS NI EN POCA CANTIDAD

- Leche y sus derivados (yogurt, kumis, cremas, etc)
- Pan, tostadas, cereales, granos, arepa.
- No consumir ningún tipo de carne.
- No fumar el día anterior, ni consumir alcohol.

CEL: 99278971

REG: 00133014610

CALLE: CAERUSA 46 # 23B - 68

TEL: 524 898

www.cedonaps.com

Resolución de Facturación FIS, habilitación
No 18342/09/05 del 15/09/2022 del FZ
00001 al FZ Inicial

Autorizada por Computación

FZ 822017

Factura de venta

Fecha: 25/11/2024 10:17:00

Cédula: 31942268

Partiente: 107 8687 del 4/08/2024

Tel: 3194158567

Dirección: Cl 14 # 40B - 18

Practicado:

Entidad: SALA PROCEDIMIENTOS

Convenio: CEDIMA SAS

CIUDAS SAS

Valor

Procedimiento

100,000

PREPARACION DE
COLOMOLOGIA

Subtotal: \$ 100,000

Iva: \$ 0

Defor: \$ 0

Valor Neto: \$ 100,000

Son: CIENTO PESOS MIL

Tipo de pago: T. CREDITO \$100000

VAN CAMPO

25/11/2024 10:17:00

Firmado

Autorizado por

CEDNA SAS
NIT: 900.970.71
Regimen: REGIMEN ORDINARIO
CALLE CONDORA 40 # 25B - 83
Tele: 5249858
www.cednaips.com

Resolución Facturación Electrónica Número
1876404177427 Autorizada desde FEJ1 hasta
11/30/2026 vigencia 21/02/2023 hasta
Autorizada por Computador

FEJ15104

Factura de venta

Fecha: 25/11/2023 10:15:00

Cédula: 31939268

Paciente: MARY SALAZAR BAZZANO

Tel: 3104150507

Direcc: CL 14 # 40B - 16

Practicado:

JAVIER FERNANDO MORENO M. M.D. C

Entidad: CEDNA SAS

Convenio: CEDNA SAS

Procedimiento	Valor
COLOSCOPIA + CTIA PREVIA	314,000
ENDOSCOPIA DIGESTIVA SIN SEDACION **	182,000
SEDACION	61,000
Subtotal: \$	557,000
Iva: \$	0
Devol: \$	0
Valor Neto: \$	557,000

Son:
QUINIENTOS CINCUENTA Y SEETE MIL
PESOS M/CTE

Tipo de pago: TARJETA DEBITO 3151030

YAN CAMPO
25/11/2023 10:16:00
Elaboró

Autorizado por

CONSULTA EXTERNA

Dirección: Cra 38A 5A-100 Torre A Piso 5. TORRE A PISO 5
Teléfono: 3821000 -- Conmutador: 5186000
Correo Electrónico: citas.imb@quironsalud.com

Nombre del Paciente
LUZ MARY
Edad **59 Años 6 Días**
Entidad **PARTICULAR**
Serv. Remite: **CONSULTA EXTERNA**

Apellidos del paciente
SALAZAR MANZANO
Peso **80 Kg**

Identificación
CC 31939268
Grupo Sanguineo
Plan **1 PARTICULAR**

Serv Destino: **LABORATORIO**

Dxs Ingreso
Dxs Presuntivos **(A064) ABSCESO AMEBIANO DEL HIGADO**

907002 907002	COPROLOGICO
903426 903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
902210 902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

Firmado electrónicamente por
LUIS GHEDINI RAMOS TAFUR
Identificación: **CC 16690589**
Especialidad: **CIRUGIA GENERAL**
Registro Médico: **11223/92**

Usuario que toma la Muestra _____
Fecha y Hora de la Muestra _____

Usuario que recibe la Muestra _____
Fecha y Hora de Recibido _____

Clinica Imbanaco
Vocación de Servicio
**CONSULTA
EXTERNA**

V. 1. 99 Duab 12
Redeban
DIC 04 2013 10 45 29
MAS OPORTUNA IPS
CR 46 25B 88 P3
TER: DA006615
MULTIPLAZO
V. 5769
REC TO 002193 RPN 004678
APIC 88 96E848C8F3F65
A D 4004-100011010
AP LADEL Debit Mastercard
VENTA APPID 104529
COMPRA NETA: \$ 77.600
IVA \$ 0
INC \$ 0
TOTAL \$ 77.600
XXXXX CL ENTE XXXXX

Cantidad 1

Cantidad 1



Paciente:	LUZ MARY SALAZAR MANZANO	Número de Orden:	20231204137
Identificación:	31939268	Fecha de nacimiento:	Nov 15, 1964
Genero:	Femenino	Fecha de impresión:	Dec 6, 2023
Edad:	59 Años	Hora de impresión:	11:06:16

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia min - max	
--------	-----------	----------	------------------------------------	--

QUÍMICA

HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA

4.97

%

4.0

5.9 %

niños normales: 1.8-4.0%
no diabeticos: 4.0-5.9%
objetivo: 6.0-6.9%
buen control: 7.0-8.0%
mal controlados: >8.0%

Valores de Referencia:

No Diabético: 4.0 - 6.0 %
Objetivo: 6.1 - 7.0 %
Buen Control: 7.1 - 8.0 %
Precisa Actuación: >8.0 %

LUZ ADRIANA DE LA PAVA ATEHORTUA
C.C 31.954.241
Bacterióloga
Universidad del Valle
TP 15823

'La interpretación clínica de éste examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico tratante'

Fecha de validación: 2023-12-04T12:52:59.800-05:00

SURORIENTE
Carrera 46B 25B-88 Piso 3
Edificio Cedima

NORORIENTE
Carrera 5N No. 65 - 35
Barrio Callima

SUROCCIDENTE
Calle 5 No. 69 - 22
Barrio Caldas



Paciente:	LUZ MARY SALAZAR MANZANO	Número de Orden:	20231204137
Identificación:	31939268	Fecha de nacimiento:	Nov 15, 1964
Genero:	Femenino	Fecha de impresión:	Dec 6, 2023
Edad:	59 Años	Hora de impresión:	11:06:16

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia min - max
--------	-----------	----------	------------------------------------

HEMATOLOGÍA

HEMOGRAMA TIPO V

RECuento DE LEUCOCITOS	6.11	x10 ³ /uL	4.00 10.00
NEUTROFILOS %	41.8	%	50.0 80.0
LINFOCITOS %	48.6	%	25.0 50.0
EOSINOFILOS%	2.8	%	0.0 5.0
BASOFILOS%	0.0	10 ⁹ /L	0.0 2.0
MON%	6.8	%	2.0 10.0
NEUTROFILOS #	2.56	x10 ³ /uL	2.00 7.00
LINFOCITOS#	2.97	x10 ³ /uL	0.80 4.00
MON#	0.41	x10 ³ /uL	0.12 1.20
EOSINOFILOS #	0.17	x10 ³ /uL	0.02 0.50
BASOFILOS #	0.00	x10 ³ /uL	0.00 0.10
HEMOGLOBINA	10.7	g/dL	12.0 16.0
HEMATOCRITO	32.2	%	37.0 54.0
RECuento DE GLOBULOS ROJOS	3.86	X10 ⁶ /ul	4.50 6.50
MCV	83.6	fL	80.0 100.0
MCH	27.6	pg	27.0 32.0
MCHC	33.1	g/dL	32.0 36.0
RDW-CV	16.1	%	11.0 16.0
RDW-SD	50.7	fL	35.0 56.0
RECuento MANUAL DE PLAQUETAS	249		150 450
MPV	10.6	fL	6.5 12.0
PDW	15.8	%	9.0 17.0

LUZ ADRIANA DE LA PAVA ATEHORTUA
C.C 31.954.241
Bacterióloga
Universidad del Valle
TP 16828

'La interpretación clínica de éste examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico tratante'

Fecha de validación: 2023-12-04T11:44:58.900-05:00

SURORIENTE
Carrera 46B 25B-88 Piso 3
Edificio Cedima

NORORIENTE
Carrera 5N No. 65 - 35
Barrio Calima

SUROCCIDENTE
Calle 5 No. 69 - 22
Barrio Caldas

P.B.X: 602 3876666 Celular : 300 912 7886 E-mail: servicioalcliente@masoportuna.com Pagina Web: www.masoportuna.com



Paciente: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
Identificación: 31939268
Genero: Femenino
Edad: 59 Años

Número de Orden: 20231204137
Fecha de nacimiento: Nov 15, 1964
Fecha de impresión: Dec 6, 2023
Hora de impresión: 11:06:16

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia min - max
--------	-----------	----------	------------------------------------

COPROANALISIS

COPROLOGICO

COLOR	CAFE
CONSISTENCIA	BLANDA
LEUCOCITOS.	NO SE OBSERVAN
ERITROCITOS	NO SE OBSERVAN
FLORA BACTERIANA	NORMAL
LEVADURAS COPRO	++
ALMIDONES	+
PARASITOS INTESTINALES	Q.Blastocystis hominis +


EDDY CORTES CARVAJAL
C.C. 65.691.218
Bacterióloga
Universidad Javeriana
TP 10474

'La interpretación clínica de éste examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico tratante'

Fecha de validación: 2023-12-04T15:52:48.600-05:00

SURORIENTE
Carrera 46B 25B-88 Piso 3
Edificio Cedima

NORORIENTE
Carrera 5N No. 65 - 35
Barrio Calima

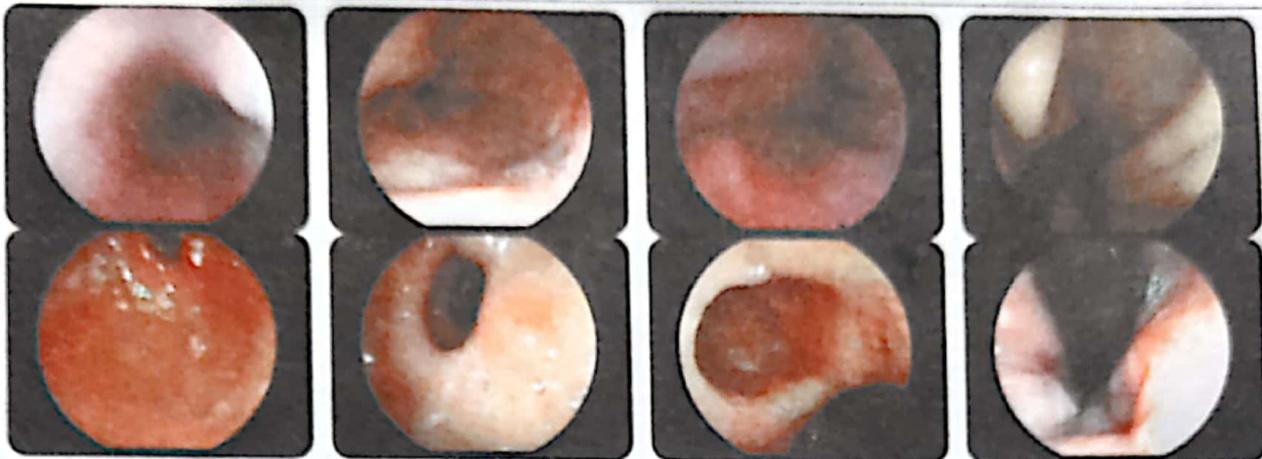
SUROCCIDENTE
Calle 5 No. 69 - 22
Barrio Caldas



ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Médico Tratante: Dr. Javier Fernando Moreno
Nombre del Paciente: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
Edad: 59 Tipo de Estudio: Endoscopia digestiva alta
Comentario:

Fecha: 28-11-2022
Historia: 31939268



Se explica el procedimiento a realizar, sus riesgos y ventajas; se firma el consentimiento informado y se realiza procedimiento endoscópico.

Indicación: Antecedente de Absceso hepático drenado hace 1 mes

Sedación: Midazolam + Propofol / Sat 100% FC 75 PA 133 - 77 / Dr. Castro

Esófago: Intubación fácil. Calibre y distensibilidad conservadas. Línea ZZ a 36 cm. Hernia hiatal.

Estómago: Lago gástrico claro. Fómix, región subcardial y cuerpo, de aspecto normal. Antro con eritema en parches. Píloro central permeable. Unión EG abierta

Duodeno: Mucosa duodenal normal. Hay divertículo duodenal en cara anterior. No úlceras

Diagnóstico: GASTROPATIA ANTRAL NO EROSIVA
HERNIA HIATAL SIN ESOFAGITIS
DIVERTICULO DUODENAL

Biopsia: Antro y cuerpo

Observaciones:

Posterior a valorar el paciente (estado de conciencia y signos vitales principales), se realiza procedimiento sin complicaciones. Se indican signos de alarma para que consulte por urgencias a su EPS, tales como: sangrado digestivo, dolor abdominal intenso, vomito o fiebre. Se dan indicaciones sobre alimentación y próximas consultas.

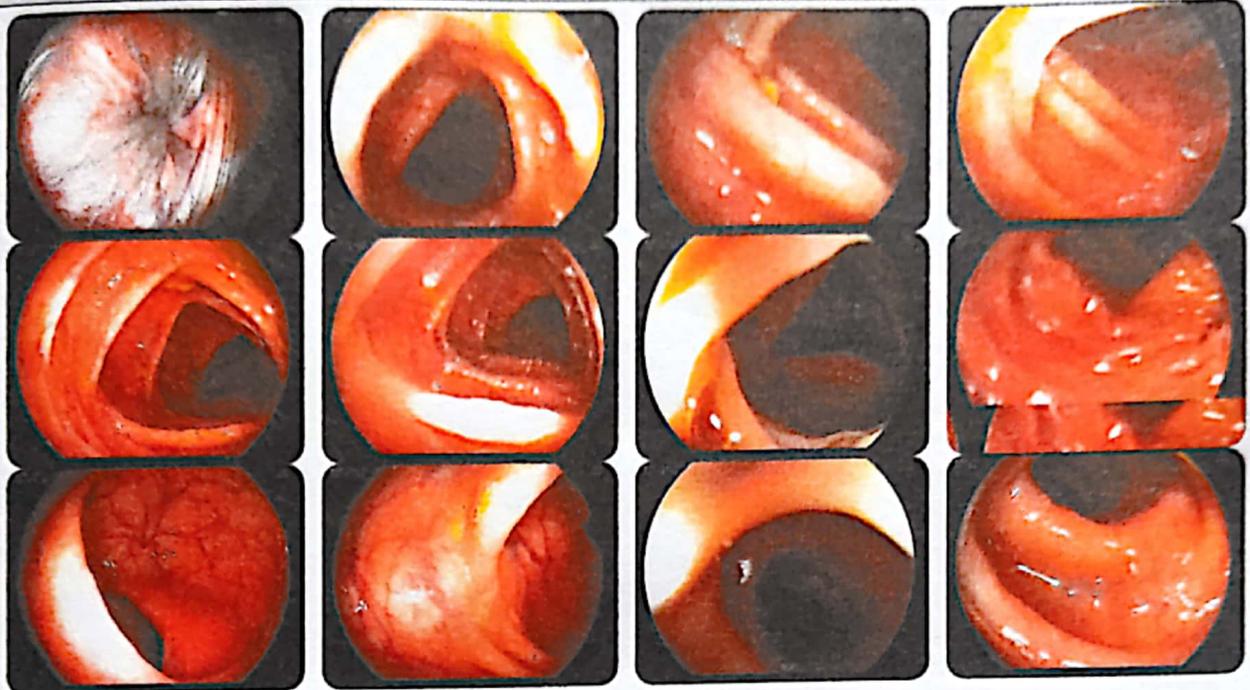
Dr. Javier Fernando Moreno M.
Dr. Javier Fco. Moreno M.
Cirujía General
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
RM. 1167/87



COLONOSCOPIA TOTAL

Médico Tratante: Dr. Javier Fernando Moreno
Nombre del Paciente: LUZ MARY SALAZAR MANZANO
Edad: 59 Tipo de Estudio: Colonoscopia Total

Fecha: 28-11-2023
Historia: 31939268



Se explica el procedimiento a realizar, sus riesgos y ventajas; se firma el consentimiento informado y se realiza procedimiento endoscópico.

Indicaciones: Antecedente de absceso hepático drenado hace 1 mes

Preparación: Boston 3D-3 T -3l = 9

Sedación: Midazolam + Propofol / Sedación Dr Castro / PA 120 -80 FC 80 Sat 100%

Inspección: Normal

Tacto Rectal: Esfínter tónico sin masas

Anoscopia: Normal. No se observan hemorroides internas

Colonoscopia Total: Se avanza hasta el ciego observando la válvula ileocecal y el orificio apendicular. La mucosa y patrón vascular del recto, sigmoide, descendente, transverso, ascendente y ciego es normal. No masas no divertículos. En retro visión ampolla rectal normal

Diagnóstico: COLONOSCOPIA TOTAL NORMAL

Obs: Cia con su MD tratante

Posterior a valorar el paciente (estado de conciencia y signos vitales principales), se realiza procedimiento sin complicaciones. Se indican signos de alarma para que consulte por urgencias a su EPS, tales como: sangrado digestivo, dolor abdominal intenso, vomito o fiebre. Se dan indicaciones sobre alimentación y próximas consultas.

Dr. Javier Fdo. Moreno M.
Cirujía General
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
RM. 1167/87

Dr. Javier Fernando Moreno M.

Atencion Al usuario @
 15-20 Dias habiles PISO
 Entrega resultado.

Hodeban
 CEDI
 CEDI
 CEDI

VENITA
 COMPRA NETA
 IVA
 INC

\$92,000
 \$0
 \$0

Practicado AVIER FERNANDEZ
 Entidad: LEDIMA SAS
 Convenio: LEDIMA SAS

Procedimiento	Valor
BIOPSIA GASTRICA - (INCLUYE UNA MUESTRA)	92,000
Subtotal: \$	92,000
Iva: \$	0
Dcto: \$	0
Valor Neto: \$	92,000

Son NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE

Tipo de pago: TARJETA DEBITO
 \$92000

YONATAN MONCADA
 28/11/2023 10:34:00
 Elaboro
 Autorizado por

LABORATORIO CLÍNICO

Nº 1903

FECHA: 27-01-23 DE 2.01 PACIENTE: LUZ MARY SANCHEZ MURRAY GÉNERO: F
 TELEFONO: 364158567 C.C. 31939268 EDAD: 38

<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGLOBINA <u>21,70</u>	<input type="checkbox"/> PLAQUETAS	<input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA <u>9,000</u>	<input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> T. GALACTICA	
<input type="checkbox"/> HEMATOCRITO	<input type="checkbox"/> T. COAGULACION	<input type="checkbox"/> PREPRANDIAL	<input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> T. PRUVICA	
<input type="checkbox"/> LEUCOGRAMA	<input type="checkbox"/> T. SANGRIA	<input type="checkbox"/> POST-PRANDIAL	<input type="checkbox"/> PERFIL LIPIDICO	<input type="checkbox"/> FOST ALCALINA	
<input type="checkbox"/> SEDIMENTACION	<input type="checkbox"/> GRUPO <input type="checkbox"/> RH	<input type="checkbox"/> CURVA GLIC. <u>HORAS</u>	<input type="checkbox"/> PROT-TOTALES	<input type="checkbox"/> PERFIL HEPATICO	
<input type="checkbox"/> RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> PTT	<input type="checkbox"/> N. UREICO	<input type="checkbox"/> ALBUMINA	<input type="checkbox"/> AMILASAS	
<input type="checkbox"/> DREPANOCITOS	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> UREA	<input type="checkbox"/> GLOBULINA	<input type="checkbox"/> HB GLUCOSILADA	
<input type="checkbox"/> FENOMENO L.E.	<input type="checkbox"/> COOMBS DIRECTO	<input type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA	<input type="checkbox"/> MICROALBUMINURIA	
<input type="checkbox"/> HEMOPARASITOS	<input type="checkbox"/> COOMBS INDIRECTO	<input type="checkbox"/> ACIDO URICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROTEINURIA	
SEROLOGIA		ORINA		FECAL	
<input type="checkbox"/> V.D.R.L.	<input type="checkbox"/> PARCIAL <u>10,600</u>	<input type="checkbox"/> PARASITOLOGICO	VARIOS		
<input type="checkbox"/> SEROAGLUTINACIONES	<input type="checkbox"/> UROCULTIVO <u>41,800</u>	<input type="checkbox"/> SERIADOS	<input type="checkbox"/> BETA CUANTITATIVA	<input type="checkbox"/> K.O.H.	
<input type="checkbox"/> PROT. C. REACTIVA	<input type="checkbox"/> ANTIBIOGRAMA	<input type="checkbox"/> SANGRE OCULTA	<input type="checkbox"/> PROLACTINA	<input type="checkbox"/> CULTIVO	
<input type="checkbox"/> ASTO	<input type="checkbox"/> B.K.	<input type="checkbox"/> OXIUIROS	<input type="checkbox"/> F.S.H	<input type="checkbox"/> ANT. BIOGRAMA DE	
<input type="checkbox"/> RA. TEST	<input type="checkbox"/> GRAM	<input type="checkbox"/> COPROCULTIVO	<input type="checkbox"/> L.H.	<input type="checkbox"/> EX. FARINGEO	
<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> P. EMBARAZO	<input type="checkbox"/> COPROSCOPICO	<input type="checkbox"/> T.S.H	<input type="checkbox"/> EX. VAGINAL	
<input type="checkbox"/> H.I.V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> T4 - LIBRE	<input type="checkbox"/> S. URETRAL	
<input type="checkbox"/> HELICOBACTER PYLORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CITOLOGIA	<input type="checkbox"/> ESPUTO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
OTROS: <u>V. KIDNEY + UDA VSA 4700</u>		DX: _____			
BARRIO: <u>AV. 101 # 1103 19 W. Urbal</u>		TOTAL \$: <u>87,700</u>			
<input type="checkbox"/> TC No.	<input type="checkbox"/> TS	<input type="checkbox"/> TP			

TEL: 334 8728

HR ENTRADA: _____ HR SALIDA: _____

LUZ