

Señor
JUEZ (REPARTO)
Bucaramanga - Santander

REF: ACCIÓN DE TUTELA
DTE: HERNANDO ROJAS QUIÑONES
DDO: ALCALDE MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

HERNANDO ROJAS QUIÑONES, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía número 91.205.254 expedida en Bucaramanga, en mi calidad de directo afectado y haciendo uso del artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, por medio del presente escrito con todo respeto me permito IMPETRAR ante su despacho Demanda de **Acción de Tutela** contra **EL ALCALDE MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA** o quien haga sus veces en el momento de su notificación, con el propósito de conseguir la protección de mis derechos fundamentales: **A la vida en conexidad con la familia como núcleo fundamental de la sociedad, derecho al trabajo, derecho a tener una vida digna, derecho a la seguridad social, derecho al debido proceso, derecho que tienen todas las personas de presentar peticiones respetuosas ante las autoridades y obtener pronta solución**, consagrados en la Constitución Política de Colombia, los cuales se me han vulnerado por parte del señor Alcalde Municipal de la ciudad de Bucaramanga o quien ha venido haciendo sus veces, ya que se me ha desvinculado de mi cargo dentro del programa por medio del cual se está llevando a cabo la provisión de cargos a partir de una lista de elegibles, previo el concurso de méritos realizado para tal fin. El señor Alcalde de la ciudad de Bucaramanga desde el inicio del proceso ha hecho caso omiso a todas las condiciones preferenciales de las cuales por ley se me deben respetar y entre ellas tenemos: **A)** Soy una persona que en este momento estoy muy cerca de obtener mi pensión de vejez, pero con esta desvinculación se truncan todas mis ilusiones porque no tengo recursos económicos para seguir pagando la seguridad social en pensiones. **B)** En ningún momento se tuvieron en cuenta los decretos expedidos por el Gobierno Nacional que prohíben despidos en estos tiempos difíciles de pandemia (covid19). **C)** Soy una persona que vivía únicamente de mi sueldo para el sostenimiento de mi familia. **D)** Al momento de mi desvinculación me encontraba en un tratamiento médico para minimizar la pérdida de una de mis extremidades superiores. **E)** El señor Alcalde me

mandó a la calle cuando las oportunidades de conseguir trabajo son nulas y no tengo ni siquiera para poder pagar seguridad social en salud.

HECHOS:

PRIMERO: Yo, **HERNANDO ROJAS QUIÑONES**, identificado con cedula de ciudadanía número 91.205.254 expedida en Bucaramanga, a partir del día Diecisiete tres (3) de Agosto de la presente anualidad fui desvinculado del cargo de Auxiliar Administrativo código 407, Grupo 21, que ostentaba en **PROVISIONALIDAD**, de la planta global de la Administración de la Alcaldía municipal de Bucaramanga.

SEGUNDO: Por orden del señor Alcalde de la ciudad de Bucaramanga se me desvinculo de la Administración de la Alcaldía municipal de esta ciudad, a sabiendas que yo soy una persona de escasos recursos económicos y que en estos momentos me queda casi imposible volver a conseguir un empleo por humilde que sea, teniendo en cuenta: **A)** Que las personas de edad avanzada somos rechazadas en el mercado laboral. **B)** Que la pandemia acabo con las pocas oportunidades de empleo que existían. En este orden ideas lógicamente no voy a tener la manera de conseguir los recursos económicos para pagarme seguridad social y tengo pendientes varios procedimientos, en especial el de mi brazo y mano izquierda que prácticamente están perdidos.

TERCERO: En el momento en que se me desvinculo de la Administración de la Alcaldía municipal de Bucaramanga, solo contaba con aproximadamente Mil Ciento Cincuenta (1.150) semanas cotizadas a seguridad social en pensiones, distribuidas de la siguiente manera: **A)** En Colpensiones 803 semanas. **B)** Comfenalco 150 semanas. **C)** 200 semanas que están en espera de confirmación mediante Certificación Electrónica de Tiempos Laborados" CETIL" y de la misma manera cuento ya con Sesenta y Dos (62) años de edad, razón por la cual estoy precisamente a tres (3) años de cotización para poder presentar mi solicitud de pensión de vejez. Pero esta desvinculación acaba de una vez por todas con mi proyecto pensional, ya que no voy a tener la forma de pagar estos tiempos que me faltan y por ende tampoco podré disfrutar una pensión de vejez como ha sido mi sueño.

CUARTO: En ningún momento la administración municipal tuvo en cuenta los decretos expedidos por el Gobierno Nacional dentro del estado de emergencia Sanitaria que prohíben despidos de trabajadores en estos tiempos difíciles de pandemia. Es de pleno conocimiento que para la empresa privada el Gobierno las ayuda económicamente para que no despidan personal, luego es apenas

lógico que la Alcaldía de Bucaramanga siendo una entidad del estado debe cumplir la norma a cabalidad, para de esta manera no vulnerar los derechos fundamentales de los trabajadores.

QUINTO: Precisamente en el momento en que la Administración municipal de la Alcaldía de Bucaramanga me desvinculó de mi cargo de Auxiliar Administrativo código 407, Grupo 21, que ostentaba en **PROVISIONALIDAD**, yo me encontraba en un tratamiento médico. Dicho tratamiento lo había iniciado años anteriores a la desvinculación de mi cargo y así consta en la historia clínica que anexo en el acápite de las pruebas.

SEXTO: En mi familia era la única persona que trabajaba para el sostenimiento del hogar (vivienda, salud, transporte, alimentación, vestuario y recreación) pero ahora la vida se me ha convertido en un completo calvario por la decisión inhumana que ha tomado el señor Alcalde de la ciudad de Bucaramanga.

SÉPTIMO: Decreto 488 de Marzo 27 de 2.020. Artículo 1. Objeto. El presente Decreto tiene como objeto adoptar medidas en el ámbito laboral con el fin de promover la conservación del empleo y brindar alternativas a trabajadores y empleadores dentro de la Emergencia Económica, Social y Ecológica, declarada por el Gobierno nacional por medio del Decreto 417 del 17 de marzo de 2020. En este orden de ideas la Constitución política de Colombia establece que el trabajo goza de todas las modalidades de protección por parte del estado.

La Emergencia causada por el coronavirus es una situación inédita y por tanto debe dársele un tratamiento acorde con la misma novedad e incertidumbre para evitar masacres laborales.

DERECHOS FUNDAMENTALES:

En la presente demanda de Acción de Tutela que se enmarca dentro de los hechos que he narrado cuidadosamente, se puede observar claramente que como persona y como trabajadora me han violado mis derechos fundamentales: **A la vida en conexidad con la familia como núcleo fundamental de la sociedad, derecho al trabajo, derecho a tener una vida digna, derecho a la seguridad social, derecho al debido proceso, derecho que tienen todas las personas de presentar peticiones respetuosas ante las autoridades y obtener pronta solución,** consagrados en la Constitución Política de Colombia

PETICIONES:

Señor Juez, respetuosamente le ruego que, con base en los hechos relacionados anteriormente, ORDENE al señor Alcalde Municipal de Bucaramanga, para que de manera pronta, clara y precisa AUTORICE mi REINTEGRO a la planta de personal de la Administración municipal de la Alcaldía de Bucaramanga, para seguir llevando a cabo las funciones de mi cargo de Auxiliar Administrativo código 407, Grupo 21, que ostentaba en **PROVISIONALIDAD** o en cualquier otro cargo dentro de la Administración Municipal de la Alcaldía de Bucaramanga que tenga una retribución salarial equivalente a la que devengaba al momento de mi desvinculación de la Administración.

PRUEBAS:

DOCUMENTALES:

- 1.- Fotocopia del oficio fechado del 30 de Julio de 2.020, por medio del cual me fue notificada la terminación del nombramiento en provisionalidad en el cargo de Auxiliar Administrativo código 407, Grupo 21. Este documento está firmado por la Subsecretaria Administrativa – Área de Talento Humano.
- 2.- Ecografía de codo izquierdo. Radiólogos especializados.
- 3.- Fotocopia RX de codo izquierdo Radiólogos especializados

- 4.- Fotocopia de mi historia clínica. Para demostrar que verdaderamente me encontraba en muy mal estado de salud en el momento que fui despedido de la Administración municipal de la Alcaldía de Bucaramanga.

FUNDAMENTO DE DERECHO:

Fundo esta Acción de Tutela en lo preceptuado en el Artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, en concordancia con los decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y demás normas concordantes.

PROCEDIMIENTO:

Decreto 2591 de 1.991, Decreto 306 de 1992 y Decreto 1382 de 2.000.

COMPETENCIA:

Es ud, señor Juez, competente para conocer de la presente demanda de Tutela según Decreto 1382 del 2000, igualmente corresponde a mi domicilio y al lugar donde se llevó a cabo la violación legal.

DECLARACIÓN JURADA:

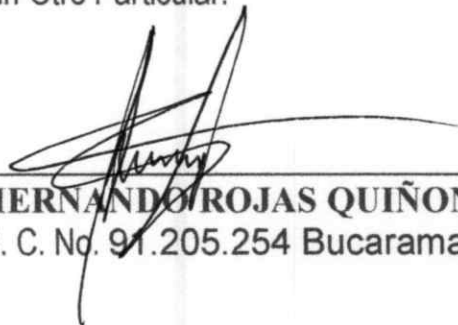
Bajo la gravedad del juramento manifiesto que sobre los mismos hechos invocados en esta demanda de tutela no he interpuesto otra demanda de solicitudes parecidas.

NOTIFICACIONES:

El suscrito recibirá notificación en la Carrera 37 No 10 – 59 – Barrio El Diviso de la ciudad de Bucaramanga. Correo Electrónico: rojas1946@hotmail.com
Tel. Fijo: 7007974
Celular: 3209206229

El demandado en su despacho ubicado en la alcaldía Municipal de Bucaramanga.

Sin Otro Particular.



HERNANDO ROJAS QUIÑONES
C. C. No. 91.205.254 Bucaramanga



COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de Documento:	Cédula de Ciudadanía	Fecha de Nacimiento:	10/01/1958
Número de Documento:	91205254	Fecha Afiliación:	07/07/1988
Nombre:	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Correo Electrónico:	rojas1946@hotmail.com
Dirección:	CRA 37 # 10-59	Ubicación:	
Estado Afiliación:	Activo Cotizante		

RESUMEN DE SEMANAS COTIZADAS POR EMPLEADOR

En el siguiente reporte encontrará el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o de sus propias cotizaciones como trabajador independiente, es decir, las que han sido cotizadas desde enero de 1967 a la fecha. Recuerde que la Historia Laboral representa su vida como trabajador, la que usted ha construido mes a mes y año a año.

[1]Identificación Aportante	[2]Nombre o Razón Social	[3]Desde	[4]Hasta	[5]Último Salario	[6]Semanas	[7]Lic	[8]Sim	[9]Total
13016101157	DEDITEX LTDA	07/07/1988	04/08/1988	\$30.150	4,14	0,00	0,00	4,14
13016102273	CASA DEL JEAN SOCIED	27/10/1988	31/05/1989	\$39.310	31,00	0,00	0,00	31,00
13016101157	DEDITEX LTDA	22/08/1989	02/01/1990	\$39.310	19,14	0,00	0,00	19,14
13016203801	CONDominio CAMPESTRE	01/09/1993	20/10/1993	\$89.070	7,14	0,00	0,00	7,14
13016107130	CASA DEL JEAN S.A	03/02/1994	31/12/1994	\$105.000	47,43	0,00	0,00	47,43
800208972	CASA DEL JEAN S A	01/01/1995	31/01/1995	\$125.000	4,29	0,00	0,00	4,29
800208972	CASA DEL JEAN S A	01/02/1995	28/02/1995	\$130.000	4,29	0,00	0,00	4,29
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/08/2006	31/08/2006	\$408.000	0,00	0,00	0,00	0,00
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/10/2006	31/12/2006	\$408.000	12,86	0,00	0,00	12,86
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/01/2007	31/01/2007	\$434.000	4,29	0,00	0,00	4,29
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/02/2007	28/02/2007	\$433.700	4,29	0,00	0,00	4,29
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/03/2007	31/03/2007	\$434.000	4,00	0,00	0,00	4,00
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/04/2007	30/04/2007	\$0	0,00	0,00	0,00	0,00
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/06/2007	30/06/2007	\$0	0,00	0,00	0,00	0,00
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/08/2007	31/08/2007	\$434.000	8,29	0,00	4,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/09/2007	30/09/2007	\$434.000	4,00	0,00	0,00	4,00
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/10/2007	31/10/2007	\$339.000	2,14	0,00	0,00	2,14
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑO	01/11/2007	30/11/2007	\$678.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/12/2007	31/12/2007	\$434.000	4,29	0,00	4,29	0,00
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/12/2007	29/02/2008	\$678.000	12,86	0,00	0,00	12,86
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/03/2008	31/03/2008	\$916.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/04/2008	30/04/2008	\$379.000	2,14	0,00	0,00	2,14
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/05/2008	31/10/2008	\$757.000	25,71	0,00	0,00	25,71
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/11/2008	30/11/2008	\$726.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/12/2008	28/02/2009	\$757.000	12,86	0,00	0,00	12,86
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/03/2009	31/03/2009	\$931.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/04/2009	30/04/2009	\$815.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/05/2009	31/05/2009	\$516.000	2,71	0,00	0,00	2,71
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2009	30/06/2009	\$924.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/07/2009	31/10/2009	\$815.000	17,14	0,00	0,00	17,14
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/11/2009	30/11/2009	\$770.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMA	01/12/2009	31/01/2010	\$815.000	8,57	0,00	0,00	8,57
890201222	MUNICIPIO DE BUCARA	01/02/2010	28/02/2010	\$806.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARA	01/03/2010	31/03/2010	\$824.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/04/2010	30/04/2010	\$815.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2010	31/05/2010	\$652.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2010	30/06/2010	\$1.082.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/07/2010	31/10/2010	\$855.000	17,14	0,00	0,00	17,14
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2010	30/11/2010	\$484.000	2,43	0,00	0,00	2,43
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/12/2010	31/12/2010	\$887.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/01/2011	30/04/2011	\$855.000	17,14	0,00	0,00	17,14
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2011	31/05/2011	\$960.000	4,00	0,00	0,00	4,00

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
 PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
 ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

[1]Identificación Aportante	[2]Nombre o Razón Social	[3]Desde	[4]Hasta	[5]Último Salario	[6]Semanas	[7]Lic	[8]Sim	[9]Total
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2011	30/06/2011	\$854.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/07/2011	31/07/2011	\$911.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/08/2011	30/09/2011	\$854.000	8,57	0,00	0,00	8,57
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2011	31/10/2011	\$1.281.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2011	30/04/2012	\$854.000	25,71	0,00	0,00	25,71
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2012	31/05/2012	\$1.068.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2012	31/07/2012	\$897.000	8,57	0,00	0,00	8,57
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/08/2012	30/09/2012	\$1.297.000	8,57	0,00	0,00	8,57
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2012	31/10/2012	\$1.751.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2012	31/05/2013	\$1.297.000	30,00	0,00	0,00	30,00
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2013	30/06/2013	\$1.686.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/07/2013	30/09/2013	\$1.362.000	12,86	0,00	0,00	12,86
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2013	31/10/2013	\$1.838.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2013	30/04/2014	\$1.362.000	25,71	0,00	0,00	25,71
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2014	31/05/2014	\$1.702.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2014	30/09/2014	\$1.430.000	17,14	0,00	0,00	17,14
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2014	31/10/2014	\$1.930.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2014	31/05/2015	\$1.430.000	30,00	0,00	0,00	30,00
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2015	30/06/2015	\$2.005.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/07/2015	30/09/2015	\$1.526.000	12,86	0,00	0,00	12,86
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2015	31/10/2015	\$2.060.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2015	31/03/2016	\$1.526.000	21,43	0,00	0,00	21,43
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/04/2016	30/04/2016	\$2.000.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2016	30/09/2016	\$1.644.000	21,43	0,00	0,00	21,43
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2016	31/10/2016	\$2.220.000	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2016	28/02/2017	\$1.644.000	17,14	0,00	0,00	17,14
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/03/2017	30/06/2017	\$1.644.146	17,14	0,00	0,00	17,14
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/07/2017	31/07/2017	\$2.421.005	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/08/2017	30/09/2017	\$1.755.126	8,57	0,00	0,00	8,57
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2017	31/10/2017	\$2.369.420	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2017	30/11/2017	\$1.755.125	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/12/2017	30/04/2018	\$1.755.126	21,43	0,00	0,00	21,43
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2018	31/05/2018	\$2.201.806	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2018	30/09/2018	\$1.844.462	17,14	0,00	0,00	17,14
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2018	31/10/2018	\$3.160.948	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2018	30/11/2018	\$1.844.462	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/12/2018	31/12/2018	\$1.908.327	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/01/2019	31/01/2019	\$3.068.724	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/02/2019	28/02/2019	\$2.591.470	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/03/2019	31/03/2019	\$1.844.462	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/04/2019	30/04/2019	\$3.077.947	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2019	31/05/2019	\$2.602.997	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2019	30/06/2019	\$2.930.343	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/07/2019	31/07/2019	\$2.821.323	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/08/2019	31/08/2019	\$2.549.068	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/09/2019	30/09/2019	\$2.900.831	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/10/2019	31/10/2019	\$3.189.950	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/11/2019	30/11/2019	\$2.741.816	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/12/2019	31/12/2019	\$2.606.893	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/01/2020	31/01/2020	\$2.674.354	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/02/2020	29/02/2020	\$2.741.815	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/03/2020	31/03/2020	\$1.927.462	4,29	0,00	0,00	4,29

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

[1]Identificación Aportante	[2]Nombre o Razón Social	[3]Desde	[4]Hasta	[5]Último Salario	[6]Semanas	[7]Lic	[8]Sim	[9]Total
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/04/2020	30/04/2020	\$3.191.185	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/05/2020	31/05/2020	\$2.370.594	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/06/2020	30/06/2020	\$2.026.149	4,29	0,00	0,00	4,29
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAM	01/07/2020	31/07/2020	\$1.913.586	4,29	0,00	0,00	4,29
[10] TOTAL SEMANAS COTIZADAS:								803,14
[11] SEMANAS COTIZADAS CON TARIFA DE ALTO RIESGO(INCLUIDAS EN EL CAMPO 10 * "TOTAL SEMANAS COTIZADAS"):								0,00

RESUMEN DE TIEMPOS PÚBLICOS NO COTIZADOS A COLPENSIONES

El siguiente resumen **INFORMATIVO** refleja los periodos laborados en el sector público y no cotizados al ISS hoy Colpensiones.

[12]Identificación Empleador	[13]Nombre o Razón Social	[14]Desde	[15]Hasta	[16]Último Salario	[17]Semanas	[18]Lic	[19]Sim	[20]Total
NO REGISTRA INFORMACIÓN								
[21]TOTAL SEMANAS REPORTADAS:								

RESUMEN TIEMPO PÚBLICO SIMULTÁNEO CON TRADICIONAL (67 - 94) Y POST 94

El siguiente resumen refleja los periodos laborados que presentan simultaneidad, es decir aquellos en los que usted prestó servicios para varios empleadores en el mismo periodo de tiempo.

[22]Desde	[23]Hasta	[24]Semanas Simultáneas
NO REGISTRA INFORMACIÓN		
[25] TOTAL SEMANAS SIMULTÁNEAS:		

[26]TOTAL SEMANAS (cotizadas[10] + reportadas tiempos públicos[21] - simultáneos[25])	803,14
-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Si usted laboró en entidades del sector público y estas entidades no cotizaron a pensiones al Instituto de Seguros Sociales (ISS), hoy Colpensiones, es posible que estos periodos no se vean reflejados en su reporte de Historia Laboral. De ser así, puede radicar la solicitud de inclusión de dichos periodos allegando la certificación Electrónica de Tiempos Públicos - CETIL expedida por su empleador, conforme al Decreto 726 de 2018 expedido por el Ministerio de Trabajo.

* Los tiempos públicos tenidos en cuenta para la liquidación de una prestación económica decidida con anterioridad al 26/09/2017, no se visualizarán en el reporte de Historia Laboral.

Si ha trabajado en varias empresas al mismo tiempo, sólo se contabilizará en el total de semanas uno de los periodos y el salario base será la suma de lo cotizado, sin exceder el máximo asegurable al momento de solicitar el reconocimiento pensional.

Las semanas de los periodos de abril y mayo de 2020 con observación "Pago Decreto 558/2020 COVID 19", serán consideradas en el reconocimiento pensional para: Cumplir requisito de las 1300 semanas, Cuando se trate de una pensión de vejez con 1 SMLMV y para el otorgamiento de las pensiones de invalidez y muerte.

DETALLE DE PAGOS EFECTUADOS ANTERIORES A 1995

Este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas hasta el 31 de diciembre de 1994.

[27] Identificación Empleador	[28] Nombre o Razón Social	[29] Ciclo Desde	[30] Ciclo Hasta	[31] Asignación Básica Mensual	[32] Días Rep.	[33] Observación
13016101157	DEDITEX LTDA	07/07/1988	04/08/1988	\$ 30.150	29	Pago aplicado al periodo declarado
13016101157	DEDITEX LTDA	22/08/1989	02/01/1990	\$ 39.310	134	Pago aplicado al periodo declarado

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

[27] Identificación Empleador	[28] Nombre o Razón Social	[29] Ciclo Desde	[30] Ciclo Hasta	[31] Asignación Básica Mensual	[32] Dias Rep.	[33] Observación
13016102273	CASA DEL JEAN SOCIEDAD A	27/10/1988	31/12/1988	\$ 30.150	66	Pago aplicado al periodo declarado
13016102273	CASA DEL JEAN SOCIEDAD A	01/01/1989	31/05/1989	\$ 39.310	151	Pago aplicado al periodo declarado
13016107130	CASA DEL JEAN S.A	03/02/1994	31/03/1994	\$ 107.675	57	Pago aplicado al periodo declarado
13016107130	CASA DEL JEAN S.A	01/04/1994	30/06/1994	\$ 98.700	91	Pago aplicado al periodo declarado
13016107130	CASA DEL JEAN S.A	01/07/1994	31/12/1994	\$ 105.000	184	Pago aplicado al periodo declarado
13018203801	CONDominio CAMPESTRE VALLAD	01/09/1993	20/10/1993	\$ 89.070	50	Pago aplicado al periodo declarado

DETALLE DE PAGOS EFECTUADOS A PARTIR DE 1995

En el siguiente reporte encontrará el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Periodo	[38] Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40] IBC Reportado	[41] Cotización Pagada	[42] Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov.	[44] Dias Rep.	[45] Dias Cot.	[46] Observación
800208972	CASA DEL JEAN S A	SI	199501	02/02/1995	28040001000209	\$ 124.592	\$ 15.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800208972	CASA DEL JEAN S A	SI	199502	07/03/1995	28040001003213	\$ 130.000	\$ 16.200	\$ 0	R	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ	SI	200608	23/08/2006	51046302082851	\$ 408.000	\$ 0	-\$ 63.200		30	0	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200610	24/10/2006	01047302003105	\$ 408.000	\$ 62.600	\$ 0		30	30	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200611	03/11/2006	01047302003155	\$ 408.000	\$ 63.200	\$ 0		30	30	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200612	24/10/2006	01047302003106	\$ 408.000	\$ 63.200	\$ 0		30	30	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200701	30/01/2007	52090103103918	\$ 434.000	\$ 67.300	\$ 0		30	30	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200702	07/02/2007	01047306007237	\$ 433.700	\$ 67.250	\$ 0		30	30	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200703	30/01/2007	52090103103919	\$ 408.000	\$ 63.200	-\$ 4.100		30	28	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200703	08/06/2007	52090303021700	\$ 433.700	\$ 67.200	\$ 67.200		0	0	Pago vencido como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200704	08/06/2007	52090303021699	\$ 433.700	\$ 67.200	\$ 67.200		0	0	Pago vencido como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200706	26/07/2007	52090303022547	\$ 433.700	\$ 67.200	\$ 67.200		0	0	Pago vencido como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200708	08/06/2007	52090303021698	\$ 433.700	\$ 67.600	\$ 0		30	30	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ	SI	200708	21/11/2007	52090303025037	\$ 434.000	\$ 62.200	-\$ 5.100		30	28	Pago como Trabajador Independiente
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200709	21/11/2007	52090303025036	\$ 434.000	\$ 63.700	-\$ 3.600		30	28	Pago como Trabajador Independiente
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200710	30/10/2007	12P28133053590	\$ 339.000	\$ 52.500	\$ 0		15	15	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200711	30/11/2007	12P28137473381	\$ 678.000	\$ 105.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
91205254	HERNANDO ROJAS QUIÑONES	SI	200712	15/08/2007	52090303023116	\$ 433.700	\$ 67.200	\$ 0		30	30	Pago como Trabajador Independiente
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200712	02/01/2008	12P28142048184	\$ 678.000	\$ 105.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200801	04/02/2008	12P28147403551	\$ 678.000	\$ 108.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200802	28/02/2008	12P28151033505	\$ 678.000	\$ 108.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200803	01/04/2008	12P28156246248	\$ 916.000	\$ 146.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200804	30/04/2008	12P28159904203	\$ 379.000	\$ 60.600	\$ 0	R	15	15	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200805	29/05/2008	12P28162650621	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200806	27/06/2008	12P28165896255	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200807	30/07/2008	12P28170692986	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200808	29/08/2008	12P28175844636	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200809	30/09/2008	12P28181403005	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200810	31/10/2008	12P28186410859	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200811	28/11/2008	12P28190926592	\$ 726.000	\$ 116.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200812	30/12/2008	12P28196959621	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200901	03/02/2009	12P28102241747	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Periodo	[38] Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40] IBC Reportado	[41] Cotización Pagada	[42] Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov.	[44] Días Rep.	[45] Días Cot.	[46] Observación
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200902	27/02/2009	12P28005212724	\$ 757.000	\$ 121.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200903	01/04/2009	12P28010442665	\$ 931.000	\$ 149.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200904	29/04/2009	12P28014952587	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200905	29/05/2009	12P28019773974	\$ 516.000	\$ 82.600	\$ 0	R	19	19	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200906	01/07/2009	12P28024810586	\$ 924.000	\$ 147.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200907	30/07/2009	12P28029360465	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	200908	31/08/2009	12P28033745029	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200909	30/09/2009	12P28038338429	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	200910	03/11/2009	12P28043073908	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200911	30/11/2009	12P28047210195	\$ 770.000	\$ 123.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	200912	05/01/2010	12P28052298939	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	ALCALDIA DE BUCARAMANGA	SI	201001	01/02/2010	12P28055632813	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201002	26/02/2010	12P28059970152	\$ 806.000	\$ 129.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201003	05/04/2010	12P28064398785	\$ 824.000	\$ 131.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201004	30/04/2010	12P28069733299	\$ 815.000	\$ 130.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201005	31/05/2010	12P28075391900	\$ 652.000	\$ 104.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201006	01/07/2010	12P28080938136	\$ 1.082.000	\$ 173.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201007	30/07/2010	12P28084468185	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201008	31/08/2010	12P28088301609	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201009	30/09/2010	12P2A092308197	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201010	29/10/2010	12P28096479001	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201011	30/11/2010	12P28500028274	\$ 484.000	\$ 77.400	\$ 0	R	17	17	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201012	28/12/2010	12P27503967891	\$ 887.000	\$ 141.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201101	31/01/2011	12P27507508336	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201102	28/02/2011	12P27511436773	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201103	31/03/2011	12P27515151390	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201104	29/04/2011	12P27519253066	\$ 855.000	\$ 136.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201105	30/05/2011	12P27522963376	\$ 960.000	\$ 153.600	\$ 0	R	28	28	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201106	01/07/2011	12P27526345480	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201107	29/07/2011	12P27529626693	\$ 911.000	\$ 145.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201108	31/08/2011	12P27532945171	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201109	30/09/2011	12P27536158115	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201110	01/11/2011	12P27539156024	\$ 1.281.000	\$ 205.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201111	29/11/2011	12P27541989130	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201112	28/12/2011	12P27545050874	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201201	31/01/2012	12P27547946441	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201202	28/02/2012	12P27550809651	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201203	29/03/2012	12P27553591061	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201204	30/04/2012	12P27556095365	\$ 854.000	\$ 136.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201205	31/05/2012	12P27558210781	\$ 1.068.000	\$ 170.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201206	29/06/2012	12P27560037906	\$ 897.000	\$ 143.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201207	27/07/2012	12P27561913009	\$ 897.000	\$ 143.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201208	30/08/2012	12P27563981222	\$ 1.297.000	\$ 207.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201209	28/09/2012	12P27565865904	\$ 1.297.000	\$ 207.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Período	[38] Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40] IBC Reportado	[41] Cotización Pagada	[42] Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov.	[44] Dias Rep.	[45] Dias Cot.	[46] Observación
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201210	30/10/2012	12P27568070058	\$ 1.751.000	\$ 280.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201211	30/11/2012	12P27570070278	\$ 1.297.000	\$ 207.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201212	26/12/2012	12C20001703993	\$ 1.297.000	\$ 207.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201301	31/01/2013	12C20002273805	\$ 1.297.000	\$ 208.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201302	01/03/2013	12C20002840226	\$ 1.297.000	\$ 208.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201303	22/03/2013	12C20003344353	\$ 1.297.000	\$ 207.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201304	30/04/2013	12C20003950607	\$ 1.297.000	\$ 208.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201305	31/05/2013	12C20004522948	\$ 1.297.000	\$ 209.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201306	27/06/2013	12C20005070648	\$ 1.686.000	\$ 271.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201307	31/07/2013	12C20005674782	\$ 1.362.000	\$ 219.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201308	03/09/2013	12C20006343551	\$ 1.362.000	\$ 219.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201309	30/09/2013	12C20006823515	\$ 1.362.000	\$ 218.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201310	31/10/2013	84C20007443416	\$ 1.838.000	\$ 296.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201311	29/11/2013	84C20008043762	\$ 1.362.000	\$ 218.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201312	30/12/2013	84C20008681671	\$ 1.362.000	\$ 219.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201401	04/02/2014	12C20009330202	\$ 1.362.000	\$ 218.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201402	03/03/2014	84C20009881523	\$ 1.362.000	\$ 217.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201403	01/04/2014	12C20010505982	\$ 1.362.000	\$ 217.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201404	05/05/2014	12C20011197334	\$ 1.362.000	\$ 217.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201405	30/05/2014	12C20011741673	\$ 1.702.000	\$ 272.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201406	27/06/2014	12C20012352882	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201407	01/08/2014	12C20013039149	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201408	01/09/2014	12C20013677066	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201409	30/09/2014	12C20014318214	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201410	05/11/2014	12C20015133583	\$ 1.930.000	\$ 308.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201411	02/12/2014	12C20015717637	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201412	05/01/2015	12C20016443301	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201501	03/02/2015	12C20017096174	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201502	02/03/2015	12C20017640935	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201503	27/03/2015	12C20018279841	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201504	04/05/2015	12C20019046916	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201505	01/06/2015	12C20019717111	\$ 1.430.000	\$ 228.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201506	02/07/2015	12C20020469060	\$ 2.005.000	\$ 320.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201507	03/08/2015	12C20021185471	\$ 1.526.000	\$ 244.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201508	31/08/2015	12C20021822801	\$ 1.526.000	\$ 244.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201509	01/10/2015	12C20022588387	\$ 1.526.000	\$ 244.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201510	04/11/2015	12C20023428577	\$ 2.060.000	\$ 329.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201511	02/12/2015	12C20024117385	\$ 1.526.000	\$ 244.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201512	30/12/2015	12C20024793862	\$ 1.526.000	\$ 244.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201601	02/02/2016	12C20025558123	\$ 1.526.000	\$ 244.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201602	02/03/2016	12C20026286825	\$ 1.526.000	\$ 244.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201603	31/03/2016	12C20026909954	\$ 1.526.000	\$ 244.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201604	03/05/2016	12C20027748526	\$ 2.000.000	\$ 320.700	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201605	01/06/2016	12C20028411098	\$ 1.644.000	\$ 263.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado

COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Período	[38] Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40] IBC Reportado	[41] Cotización Pagada	[42] Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov.	[44] Días Rep.	[45] Días Cot.	[46] Observación
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201606	29/06/2016	12C20029118399	\$ 1.644.000	\$ 263.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201607	02/08/2016	12C20029979932	\$ 1.644.000	\$ 263.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201608	02/09/2016	12C20030741225	\$ 1.644.000	\$ 263.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201609	04/10/2016	12C20031572476	\$ 1.644.000	\$ 263.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201610	31/10/2016	12C20032218202	\$ 2.220.000	\$ 356.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201611	01/12/2016	12C20033039813	\$ 1.644.000	\$ 263.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201612	03/01/2017	12C20033928427	\$ 1.644.000	\$ 263.700	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201701	31/01/2017	12C20034568380	\$ 1.644.000	\$ 263.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201702	28/02/2017	12C20035326100	\$ 1.644.000	\$ 263.700	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201703	04/04/2017	12C20036242793	\$ 1.644.146	\$ 263.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201704	04/05/2017	12C20037072923	\$ 1.644.146	\$ 263.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201705	06/06/2017	12C20037978394	\$ 1.644.146	\$ 263.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201706	06/07/2017	12C20038759116	\$ 1.644.146	\$ 263.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201707	08/08/2017	12C20039639474	\$ 2.421.005	\$ 387.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201708	05/09/2017	12C20040437921	\$ 1.755.126	\$ 280.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201709	28/09/2017	12C20040998933	\$ 1.755.126	\$ 280.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201710	31/10/2017	12C20041885808	\$ 2.369.420	\$ 379.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201711	07/12/2017	12C20043101806	\$ 1.755.126	\$ 280.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201712	09/01/2018	12C20043943003	\$ 1.755.126	\$ 281.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201801	06/02/2018	12C20044655847	\$ 1.755.126	\$ 281.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201802	05/03/2018	12C20045494994	\$ 1.755.126	\$ 281.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201803	04/04/2018	12C20046351403	\$ 1.755.126	\$ 281.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201804	02/05/2018	12C20047085991	\$ 1.755.126	\$ 281.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201805	06/06/2018	12C20048131168	\$ 2.201.806	\$ 352.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201806	03/07/2018	12C20048872999	\$ 1.844.462	\$ 295.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201807	01/08/2018	12C20049744360	\$ 1.844.462	\$ 297.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201808	04/09/2018	12C20050742994	\$ 1.844.462	\$ 295.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201809	01/10/2018	12C20051405291	\$ 1.844.462	\$ 295.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201810	07/11/2018	12C20052536051	\$ 3.160.948	\$ 505.700	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201811	05/12/2018	12C20053379861	\$ 1.844.462	\$ 295.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201812	08/01/2019	12C20054312945	\$ 1.908.327	\$ 306.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201901	01/02/2019	12C20054936327	\$ 3.068.724	\$ 491.100	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201902	04/03/2019	12C20055877215	\$ 2.591.470	\$ 414.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201903	01/04/2019	12C20057332203	\$ 1.844.462	\$ 295.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201904	03/05/2019	12C20059306670	\$ 3.077.947	\$ 492.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201905	06/06/2019	12C20061360474	\$ 2.602.997	\$ 416.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201906	08/07/2019	12C20063337992	\$ 2.930.343	\$ 468.700	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201907	06/08/2019	12C20065187387	\$ 2.821.323	\$ 451.600	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201908	06/09/2019	12C20067241201	\$ 2.549.068	\$ 408.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201909	04/10/2019	12C20068997055	\$ 2.900.831	\$ 464.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201910	07/11/2019	12C20070442559	\$ 3.189.950	\$ 510.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201911	06/12/2019	12C20071534286	\$ 2.741.816	\$ 438.900	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	201912	27/12/2019	12C20072147629	\$ 2.606.893	\$ 417.200	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	202001	05/02/2020	12C20073316968	\$ 2.674.354	\$ 428.000	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado



COLPENSIONES Nit 900.336.004-7
REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS EN PENSIONES
PERIODO DE INFORME: Enero 1967 agosto/2020
ACTUALIZADO A: 20 agosto 2020

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

[34] Identificación Aportante	[35] Nombre o Razón Social	[36] RA	[37] Período	[38] Fecha De Pago	[39] Referencia de Pago	[40] IBC Reportado	[41] Cotización Pagada	[42] Cotización Mora Sin Intereses	[43] Nov	[44] Dias Rep.	[45] Dias Cot.	[46] Observación
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	202002	06/03/2020	12C20074334971	\$ 2.741.815	\$ 438.800	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	202003	06/04/2020	12C20075264113	\$ 1.927.462	\$ 308.500	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	202004	07/05/2020	12C20076140235	\$ 3.191.185	\$ 510.700	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	202005	04/06/2020	12C20077036685	\$ 2.370.594	\$ 379.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	202006	06/07/2020	12C20077972924	\$ 2.026.149	\$ 324.300	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
890201222	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	SI	202007	10/08/2020	12C20079128621	\$ 1.913.586	\$ 306.400	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado

DETALLE DE PERIODOS REPORTADOS POR ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO QUE NO COTIZARON AL ISS HOY COLPENSIONES

En el siguiente resumen encontrará el detalle por días, de los ciclos laborados en entidades del sector público que no cotizaron al ISS hoy Colpensiones.

[47] Identificación Empleador	[48] Nombre o Razón Social	[49] RA	[50] Ciclo	[51] Fecha de Pago	[52] Referencia de Pago	[53] Asignación Básica Mensual	[54] Cotización Pagada	[55] Cotización Mora Sin Intereses	[56] Nov.	[57] Dias Rep.	[58] Dias Cot.	[59] Observación
NO REGISTRA INFORMACIÓN												

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

LECTURA DEL REPORTE DE LA HISTORIA LABORAL UNIFICADO

Resumen de Semanas Cotizadas por Empleador: este reporte contiene el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o como trabajador independiente, es decir las que se han cotizado desde enero de 1967 a la fecha.

1. **Identificación aportante:** número que identifica al aportante según el sistema al que pertenece. Hasta diciembre de 1994 número patronal y a partir de 1995, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.
2. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
3. **Desde:** corresponde a la fecha de inicio del periodo de cotización.
4. **Hasta:** corresponde a la fecha final del periodo de cotización.
5. **Último salario:** salario reportado por el aportante. Para las cotizaciones efectuadas hasta el 31 de diciembre de 1994, corresponde al último salario reportado y para las cotizaciones a partir de 1995 corresponde al salario reportado en el periodo desde-hasta.
6. **Semanas:** total de semanas correspondientes al periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
7. **Licencias (Lic.):** refleja las licencias no remuneradas, es decir periodo no laborado ni remunerado. Este valor es descontado del total de semanas del periodo cotizado.
8. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas cotizadas de manera simultánea a través de dos o más aportantes.
9. **Total:** es el total de semanas cotizadas del periodo, menos las licencias no remuneradas y el tiempo cotizado de manera simultánea.
10. **Total de Semanas Cotizadas:** corresponde al total general de semanas cotizadas a la fecha de generación del reporte.
11. **Total de Semanas Cotizadas Alto Riesgo:** corresponde al total general de semanas cotizadas por tarifa de alto riesgo. Este total se encuentra incluido en el total de semanas cotizadas (campo 10 Total de Semanas Cotizadas.)

Resumen de Tiempos Públicos no Cotizados a Colpensiones: este reporte es informativo y refleja el total de semanas reportadas y laboradas en el sector público, los cuales no fueron cotizados al ISS hoy Colpensiones.

12. **Identificación empleador:** número que identifica la entidad empleadora con la cual tuvo relación laboral en el sector público.
13. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social de la entidad empleadora.
14. **Desde:** corresponde a la fecha inicial del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
15. **Hasta:** corresponde a la fecha final del aporte realizado, según lo reportado por la entidad certificadora.
16. **Último salario:** corresponde al último salario reportado por la entidad certificadora.
17. **Semanas:** corresponde a las semanas del periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
18. **Licencias (Lic.):** corresponde a las interrupciones laborales no remuneradas, reportadas por la entidad certificadora.
19. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
20. **Total:** es el total de semanas reportadas del periodo, menos las licencias no remuneradas campo (7. Licencias (Lic.)).
21. **Total de Semanas Reportadas:** corresponde al total general de semanas reportadas a la fecha de generación del reporte.

Resumen Tiempo Público Simultáneo con Tradicional (67 - 94) Y Post 94: este reporte refleja el total de semanas laboradas simultáneamente entre el sector público y privado para los tiempos tradicionales (67-94) y Post 94.

22. **Desde:** corresponde a la fecha inicial de la simultaneidad.
23. **Hasta:** corresponde a la fecha final de la simultaneidad.
24. **Semanas simultáneas:** cantidad de semanas laboradas de manera simultánea, es decir a través de dos o más empleadores en el mismo periodo de tiempo.
25. **Total Semanas Simultáneas:** corresponde a la sumatoria total de semanas laboradas simultáneamente a la fecha de generación del reporte.
26. **Total Semanas:** corresponde a total semanas cotizadas más(+) total semanas reportadas menos(-) total semanas simultáneas reportadas y cotizadas a la fecha de generación del reporte.

Detalle de pagos efectuados anteriores a 1995: este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas hasta el 31 de diciembre de 1994.

27. **Identificación Empleador:** para los periodos anteriores a 1995 corresponde al número Patronal.
28. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).

C 91205254 HERNANDO ROJAS QUIÑONES

29. **Ciclo Desde:** corresponde a la fecha de inicio del periodo de cotización.
 30. **Ciclo Hasta:** corresponde a la fecha final del periodo de cotización.
 31. **Asignación Básica Mensual:** salario reportado por el aportante. Para las cotizaciones efectuadas hasta 31 de diciembre de 1994, corresponde al último salario reportado.
 32. **Días Rep.:** número de días trabajados y reportados por el aportante para el periodo registrado.
 33. **Observación:** indica en que situación o estado se encuentra su periodo de cotización reportado.
- Detalle de pagos efectuados a partir de 1995:** este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.
34. **Identificación del aportante:** número que identifica al empleador o trabajador independiente (NIT, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.).
 35. **Nombre ó razón social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
 36. **RA:** indica si existe un registro de afiliación o relación laboral.
 37. **Período:** año y mes al que corresponde el periodo cotizado.
 38. **Fecha de pago:** fecha en que fue realizado el aporte.
 39. **Referencia de pago:** número de registro del pago realizado (Calcomanía o Sticker o referencia de pago PILA).
 40. **IBC Reportado:** es el salario (Ingreso Base de Cotización) declarado por el empleador o trabajador independiente, para el pago de la cotización.
 41. **Cotización:** valor del aporte efectuado según el salario declarado en cada uno de los periodos.
 42. **Cotización mora sin intereses:** es el dinero que el aportante adeuda por el periodo, sin incluir los intereses.
 43. **Novedad (Nov.):** campo que indica con la letra "R", la novedad de Retiro reportada por el empleador.
 44. **Días reportados:** número de días trabajados y reportados por el aportante en cada uno de los periodos.
 45. **Días cotizados:** corresponde al número de días equivalentes al valor de la cotización pagada.
 46. **Observación:** indica en que situación o estado se encuentra su periodo de cotización reportado.

Detalle de periodos reportados por entidades del sector público que no cotizaron al ISS hoy Colpensiones: este reporte contiene el detalle de las semanas reportadas por las entidades certificadoras.

47. **Identificación del aportante:** número que identifica la entidad empleadora con la cual tuvo relación laboral en el sector público.
48. **Nombre ó razón social:** nombre o razón social de la entidad empleadora.
49. **RA:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
50. **Ciclo:** año y mes al que corresponde el periodo reportado.
51. **Fecha de pago:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
52. **Referencia de pago:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará vacío.
53. **Asignación Básica Mensual:** es el valor de la asignación básica mensual reportado por la entidad certificadora. En este reporte no se verán reflejados los demás factores salariales reportados por la entidad certificadora, sin embargo serán tenidos en cuenta al momento de la decisión de la prestación económica a que haya lugar.
54. **Cotización pagada:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
55. **Cotización mora sin intereses:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
56. **Novedad (Nov.):** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
57. **Días reportados (Rep.):** número de días reportados por la entidad certificadora en cada uno de los periodos.
58. **Días cotizados:** para el sector público esta información no es reportada por parte de la entidad certificadora. El campo siempre estará en cero (0).
59. **Observación:** indica si el periodo se encuentra simultáneo con otro empleador. En caso en que se encuentre vacío, indica que el campo no es simultáneo.

Defensoría del Consumidor Financiero

Dirección: Carrera 11 A N° 96 – 51 Of. 203 Bogotá.

Horario de atención: 8:00 a.m. a 12:00 m y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Teléfonos: (1) 6108161 - (1) 6108164.

Correo Electrónico: defensoriacolpensiones@ustarizabogados.com

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle. Este reporte esta sujeto a revisión y verificación por parte de Colpensiones.



PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		No. Consecutivo S-SSA 1329-2020
Subproceso: Gestión del Talento Humano Código Subproceso: 8100	SERIE: Comunicaciones Código Serie/Subserie (TRD): 8100-73	

GOBERNAR
ES HACER

original

Bucaramanga, 30 de julio de 2020

Señor
HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ
Auxiliar Administrativo, Cód. 407, Gr. 21
Secretaría del Interior

Asunto: Terminación Provisionalidad
Radicado: N/A

Cordial saludo. Atendiendo lo establecido en el parágrafo del artículo 5, del Decreto No. 314 del 9 de Julio de 2020, le informo que su vinculación en provisionalidad se da por terminado a partir del día 3 de agosto de 2020.

Lo anterior, debido a la posesión en período de prueba en el cargo de Auxiliar Administrativo, Cód. 407, Gr. 21, de la señora LAURA BRIGITTE SANABRIA TIRADO, con efectos fiscales a partir del 3 de agosto de 2020. (Anexo acta de entrega del cargo).

Sea esta la oportunidad para agradecerle los servicios prestados a esta entidad y desearle los mejores éxitos en su vida personal y laboral.

Atentamente,

SENAIDA TELLEZ DUARTE
Subsecretaria Administrativa – Área de Talento Humano

Proyectó: Ederit Orozco Sandoval, Prof. Especializada



Calle 35 N° 10 – 43 Centro Administrativo, Edificio Fase I
Carrera 11 N° 34 – 52, Edificio Fase II
Commutador: (57-7) 6337000 Fax 6521777
Página Web: www.bucaramanga.gov.co
Código Postal: 680006
Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia



**RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS
DE BUCARAMANGA S.A.**

Líderes en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A
NIT.800101728-9

Fecha y Hora de Transcripción

28-ago-20 15:59:06

Realizado: 28-ago-20

Orden: 76451993

Episodio: 4351973

Ep. Asoc:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre HERNANDO ROJAS QUINONEZ ✓ **Doc. CC** 91205254 **Edad** 62 A **Tel.** 3209206229
Ordenante DR. HELLMAN MONROY **Empresa**
Examen ECOGRAFÍA DE CODO IZQUIERDO (NERVIO CUBITAL)

DATOS DEL ESTUDIO

RESULTADOS:

Se observa el nervio cubital en su segmento a nivel distal del brazo, en relación a la cabeza medial del tríceps, de aspecto engrosado, hipoecógeno, con pérdida del patrón fibrilar normal, lo cual se extiende aproximadamente a una longitud de 8.0 cm, hasta el nivel central del canal cubital, en donde presenta un estrechamiento súbito, con disminución del área del corte transverso aproximadamente en un 50%, en un tramo de 4 mm. En el segmento distal del canal y a nivel del túnel cubital, en la porción proximal del antebrazo, el nervio se mantiene con un patrón fibrilar grueso e hipoecógeno. A la altura de la axila y en el canal de Guyon el nervio muestra calibre, configuración y patrón ecográfico normal.

Con la flexo extensión no se observa movilización del nervio de su trayecto.

No se identificaron lesiones ocupantes de espacio al interior del canal cubital.

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1. Zona focal de disminución de calibre del nervio cubital en la porción central del canal cubital en el codo, que puede corresponder con fibrosis perineural Vs axonotmesis parcial.

Atentamente,



OSCAR FABIAN VALDIVIESO CARDENAS

Especialista: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST

Reg. Médico: 1560

FIRMA ELECTRÓNICA

Fecha y Hora de Impresión 29 de Agosto de 2020 a las 09:18 AM

CRA 24 N° 154-106 TA MOD.15 CM CAL Teléfono: (7)6059355

FIRMA ELECTRÓNICA

154-106 TA P5 MOD.15 CM CAL

Página 1 de 1



**RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS
DE BUCARAMANGA S.A.**

Líderes en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A
NIT.800101728-9

Fecha y Hora de Transcripción

28-ago-20 15:32:54

Realizado: 28-ago-20

Orden: 76570383

Episodio: 4351973

Ep. Asoc:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre HERNANDO ROJAS QUINONEZ **Doc. CC** 91205254 **Edad** 62 A **Tel.** 3209206229
Ordenante DR. HELMAN FRANCISCO MONROY Z. **Empresa**
Examen RX DE CODO IZQUIERDO

DATOS DEL ESTUDIO

RESULTADOS:

Densidad ósea normal.

Se aprecia fractura antigua mal consolidada con compromiso severo de la cúpula radial, hay deformidad también de la troclea, el cúbito no presenta lesiones.

Hay grandes fragmentos óseos hacia el aspecto anterior de la articulación.

En partes blandas no hay lesiones.

Atentamente,

CARLOS ALFONSO REY GRAZ

Especialista: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST

Reg. Médico: 11283



**RADIÓLOGOS ESPECIALIZADOS
DE BUCARAMANGA S.A.**

Líderes en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A
NIT.800101728-9

Fecha y Hora de Transcripción

28-ago-20 15:32:54

Realizado: 28-ago-20

Orden: 76570383

Episodio: 4351973

Ep. Asoc:

DATOS DEL PACIENTE

Nombre HERNANDO ROJAS QUINONEZ

Doc. CC 91205254

Edad 62 A

Tel. 3209206229

Ordenante DR. HELMAN FRANCISCO MONROY Z. **Empresa**

Examen RX DE CODO IZQUIERDO

DATOS DEL ESTUDIO

RESULTADOS:

Densidad ósea normal.

Se aprecia fractura antigua mal consolidada con compromiso severo de la cúpula radial, hay deformidad también de la troclea, el cúbito no presenta lesiones.

Hay grandes fragmentos óseos hacia el aspecto anterior de la articulación.

En partes blandas no hay lesiones.

Atentamente,

CARLOS ALFONSO REY GRAZ

Especialista: RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOST

Reg. Médico: 11283

FIRMA ELECTRÓNICA

Fecha y Hora de Impresión 29 de Agosto de 2020 a las 09:20 AM
CRA 24 N° 154-106 TA P5 MOD.15 CMCAL Teléfono:(7)6059355

Página 1 de 1

RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS
Ref: PHYSICIAN, REQUESTING / Prof:
Study date: 28/08/2023

LATERAL
H

ROJAS QUIHONAZ, HERNANDO
ID: 91205254
Age: 44.0336

RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS
Ref: PHYSICIAN, REQUESTING / Prof:
Study date: 28/08/2023

AP

ROJAS QUIHONAZ, HERNANDO
ID: 91205254
Age: 44.0336



ELBOW
Position:
2 IPA 1
Zoom factor: x1.26

W3977 / C271



ELBOW
Position:
1 IPA 1
Zoom factor: x1.18

W3977 / C271



RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS

DE BUCARAMANGA S.A.

Líderes en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

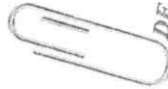
SERVICIOS

- Radiología General del Adulto y Pediátrica
- Mamografía Digital - Tomosíntesis
- Biopsias por Estereotaxia y Ecografía de Lesiones de Mama
- Biopsias de Próstata
- Eco Doppler Vascular
- Ecografía General y Especializada
- Procedimientos Intervencionistas de Diagnóstico y Tratamiento



CONSEJOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Mantenga sus manos limpias y solicite al personal de salud que también limpie sus manos antes de tocarlo.



DEBERES DE LOS PACIENTES

- Cumplir las normas y políticas establecidas para el ingreso a la institución:
- Se restringe el ingreso de armas o cualquier elemento que se considere peligroso.
 - Los menores de edad siempre deben ingresar y permanecer en compañía de un adulto responsable.
 - Se prohíbe el ingreso de animales, alcohólicas.
 - Se prohíbe fumar dentro de la institución.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Disfrutar de una comunicación plena y clara, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto al diagnóstico de su enfermedad.



www.radiologosespecializados.com.co

PBX CITAS: 605 9353

Sede Principal: Centro Médico Carlos Ardilla Lülle Cra. 24 N.154-106 P-5 M-15 T-A El Bosque, Florida - Sder.

Sede Foscál Internacional: Calle 158 N.20-95 Consult. (B007) P-0 T-B Zona Franca - Sec. Palomas, Floridablanca - Sder.

Nombre: HERNANDO ROJAS QUINONEZ	Epiciclo: 0004351973
Fecha: 28/08/2020	
Después de 24 horas de tomado el examen puede descargarlo en la página: www.radiologosespecializados.com.co	
Códigos para descargar resultados por internet:	
Examen 1 : 76570363	

Otros: Normal

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: G569 MONONEUROPATIA DEL MIEMBRO SUPERIOR SIN OTRA ESPECIFICACION
Tipo Diagnóstico: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta: No Aplica
Causa Externa: Enfermedad Profesional

RESUMEN Y COMENTARIOS

Paciente con antecedente de mononeuropatía ulnar izquierda quien consulta exacerbación del dolor en brazo izquierdo borde lateral y pérdida progresiva de la fuerza y sensibilidad. Tiene pendiente calcificación. Última valoración por fisioterapia en 2019.

Al examen físico estable hemodinámicamente, se evidencia pérdida de la sensibilidad en borda lateral de antebrazo izquierdo, 5 y 4 dedo así como pérdida de la fuerza. Indico manejo sintomático, incapacidad por 7 días y valoración por fisioterapia

Se recomienda una dieta rica en alimentos de origen vegetales y animal, evitando alimentos procesados, grasosos o salados. Mantenerse en buen estado físico haciendo deporte, cumpliendo con las restricciones relacionadas con la pandemia. Mantener la salud oral, visitar al odontólogo de acuerdo con indicaciones. Evitar la exposición a humo de tabaco, alcohol y drogas. Ser responsable con la vida sexual.

Signos de alarma: Fiebre alta, dolor de cabeza severo, cansancio, tos, dolor de garganta, congestión nasal, dolor en todo el cuerpo, diarrea, vómito. Estos síntomas pueden ser indicativos de influenza o de otras enfermedades como Resfriado común.

MEDICAMENTOS

Medicamento: AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 mg (TABLETA) TABLETA
Cantidad: 30
Dosificación: 1 tableta diaria antes de acostarse

Enviado por Profesional : MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA Registro: 1098752279

Fecha : 14/07/2020 12:35

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad: OTRAS

Remisión: SS/ VALORACION POR FISIATRIA

Pacienete con mononeuropatía ulnar izquierda con exarcbacion del dolor y perdida progresiva de la fuerza

Enviado por Profesional : MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA Registro: 1098752279

Fecha : 14/07/2020 12:35

FIN IMPRESION DE PAGINA

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
Aprobado H.C. FOSCAL



Sede: UT FOSCAL - SEDE CABECERA

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:6068234428 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA Registro: 1098752279 Fecha : 14/07/2020 12:35 Sede : UT FOSCAL - SEDE CABECERA

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **"Mucho dolor en el brazo en brazo izquierdo"**

Enfermedad Actual: **Paciente con antecedente de mononeuropatia ulnar izquierda quien consulta exacerbacion del dolor en brazo izquierdo borde lateral y perdida progresiva de la fuerza y sensibilidad. Tiene pendiente calificacion. Ultima valoracion por fisioterapia en 2019**

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

- Piel y Anexos: No refiere
- Ojos: No refiere
- Orl: No refiere
- Cuello: No refiere
- Cardiovascular: No refiere
- Pulmonar: No refiere
- Digestivo: No refiere
- Genital/Urinario: No refiere
- Musc. Esquelctico: No refiere
- Neurologico: No refiere
- Otros: No refiere

SIGNOS VITALES

- T.A: 112/70 Pulso: 65 F.R: 30 Temperatura: 36 Peso: 78.0 Kg Talla: 170 Indice de Masa: 26.99
- Circunferencia Abdominal (Cms): 80
- Cond. Generales: **Buenas condiciones**
- Cabeza: Normal
- Ojos: Normal
- Oidos: Normal
- Nariz: Normal
- Orofaringe: Normal
- Cuello: Normal
- Dorso: Normal
- Mamas: Normal
- CardÁ-aco: Normal
- Pulmonar: Normal
- Abdomen: Normal
- Genitales: Normal
- Extremidades: **Perdida de fuerza y sensibilidad en antebrazo izquierdo y del 4 y 5 dedo**
- Neurologico: Normal

**ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
ARCHIVO H.C. FOSCAL**

Orden

https://200.116.209.196/break/impsm?gr_hc.php?ccod_ord=603...

3.1



BREAK POINT V20 R10
FORMULA MEDICA

Fecha de Atención: 2020-07-14

Sede: UT FOSCAL - SEDE CABECERA	Dircción: AVDA. GONZALEZ VALENCIA N° 54-59	Teléfono: 7008900			
Paciente: HERNANDO ROJAS QUINONES	ID: 91205254				
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA	Plan: CONTRIBUTIVO	Semanas: 274			
		Sede Atiende: UT FOSCAL - SEDE CABECERA			
Tipo de Usuario: COTIZANTE					
Solicitada por: MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA					
CODIGO	MEDICAMENTOS	PRESENTACION	CANTIDAD	INDICACION	DIAS TRAT.
MD000512	AMTRIPITILINA CLORHIDRATO 25 mg (TABLETA)	TABLETA	30	1 tableta diaria antes de acostarse	30

Profesional: MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA - 108875279 - Firmado Electrónicamente.

Dato de Impresión Fecha: 14/07/2020 Hora: 13:19:35
Este documento ES VALIDO únicamente presentando la autorización emitida.

REMISIÓN DE INCAPACIDAD

Tipo Remisión Ambulatoria Hospitalaria

Nro. Incapacidad: 601901377 Fecha Expedición: 14/07/2020 13:20 PM Ciudad: BUCARAMANGA

Datos afiliado: HERNANDO ROJAS QUINONEZ ID: CEDULA DE CIUDADANIA - 91203254

Nombre del afiliado: ALCALDIA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

Empresa donde labora: ALCALDIA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

Datos incapacidad/licencia

Origen: Enfermedad Profesional

Días en letras: SETE

Diagnóstico: G569

Fecha inicial: 14/07/2020

Prorroga: N

Observación: Paciente con mononeuropatía ulnar izquierda por accidente de trabajo en 2011 quien presenta exacerbación de los síntomas

Datos del médico o TPS prestador del servicio

Nombre profesional: MARIA FERNANDA JAMZA MEJA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Razón social prestador: UNION TEMPORAL FOSCAL-ESCANOGRAFA S.A.

Identificación profesional: 804 015 476-4

Identificación profesional: 1098752279

Identificación profesional: BUCARAMANGA

Identificación profesional: 804 015 476-4

Identificación profesional: UT

Identificación profesional: COTIZANTE

Identificación profesional: 1098752279

Identificación profesional: BUCARAMANGA

Identificación profesional: 804 015 476-4

Identificación profesional: UT

Identificación profesional: COTIZANTE

Identificación profesional: 1098752279

Identificación profesional: BUCARAMANGA

Identificación profesional: 804 015 476-4

Identificación profesional: UT

Dra. María Fernanda Jamza
Médico UNAB
Firma Médico





4.1

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
IPS EXCLUSIVA U.T. FOSCAL - ESCANOGRAFIA S.A. - FOS - FOSCAL - CABECERA
 Consecutivo: 601909722 Nro. Incapacidad EPS: 6130610
 Fecha Expedición: 21/07/2020 09:00 AM Ciudad: BUCARAMANGA

Datos afiliado
 Nombre del afiliado: HERNANDO ROJAS QUINONEZ ID: CEDULA DE CIUDADANIA - 91205254
 Empleador: ALCALDIA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA ID: NT - 890201222
 Tipo cotizante: DEPENDIENTE Estado Incapacidad: TRANSCRITA

Datos incapacidad/licencia
 Contingencia: Enfermedad General Dias solicitados: 3
 Dias en letras: TRES Procedimiento estetico decreto 047/2000 art 3: NO
 Diagnóstico: G569 Fecha final: 23/07/2020
 Fecha inicio: 21/07/2020 Dias acumulados: 0
 Prioridad: N IBL: 0

Datos del médico o IPS prestador del servicio
 Nombre profesional: ANGEL RENE CHAVES RANGEL Reg. Profesional: 824
 Especialidad: MEDICINA GENERAL Ciudad prestador: BUCARAMANGA
 Razón social prestador: UNION TEMPORAL FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A ID: 804.015.476-4
 UT



Señor aportante, sus aportes presentan deducciones si aclarar para las cotizaciones canceladas los días: 01/06/2010- 02/07/2010- 30/09/2010, favor comunicarse con la Coordinación de Presentaciones Económicas, a fin de conciliar esta deducciones.
 Señor(a) aportante, los datos contenidos en el presente certificado están sujetos a verificación, por lo tanto, éstos pueden ser modificados.
 Señor(a) aportante, si desea cobrar las incapacidades a cargo de la EPS de forma directa podrá realizarlo a través de nuestro portal web www.mueaeps.com.co o en su ciudad en la oficina de atención más cercana. Tenga en cuenta que si es la primera vez que ejecuta esta operación, deberá adjuntar y hacer llegar a nuestras oficinas los siguientes documentos por una sola vez:
 Persona Jurídica: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia del RUT y del representante legal, registro de Cámara y Comercio (original no mayor a 30 días) o certificado de existencia y representación legal, además de la certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.
 Persona Natural: solicitud de pago, certificado de liquidación original, fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador y una certificación bancaria (original) de la cuenta del empleador a la cual se deben girar los recursos.

Firma Médico

solicitar a usuario historial clinica relacionada con las patologias g560 m770 valoración por fisiatra cirugía de mano ortopedia para la patologia g560 empelador ya tiene todo completo

Cordial Saludo,

En respuesta a la solicitud de prestación de servicios para nuestro afiliado:
ROJAS QUIÑONES HERNANDO(CC. 91205254)

NUEVA EPS S.A. Le informa que esta solicitud ha sido devuelta por:
SOLICITUD DE SOPORTES COMPLEMENTARIOS MEDI-LABO

Datos de Afiliación:

Identificación..... : CC 91205254
Tipo Afiliado..... :COTIZANTE
Estado de afiliación :ACTIVO
Categoría..... :B
Semanas Cotizadas... :274
IPS Primaria..... :U.T. FOSCAL - ESCANOGRAFIA S.A. - FOS - FOSCAL - BOLARQUI - TR2



FORMATO NO COBERTURA PGP INTEGRAL/
PGP MUNICIPALES

Medicina
laboral B
EPS

DIA	MES	AÑO
23	Julio	2020

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

Tipo	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
CC	91205254	ROJAS	QUINONES	HERNANDO
Tipo Afiliación	EPS a la Cual Pertenece	Tiempo de Cotización al SGSSS	Teléfonos	
COTIZANTE	NUEVA EPS PGP	274 SEM. BUCARAMANGA	6337000	

II. CLASE DE SERVICIO NO CONTRATADO POR CAPITACION

Diagnóstico: (G562) LESION DEL NERVO CUBITAL

Servicios: (890362) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

III. JUSTIFICACIÓN (Motivo de la Negativa y Fundamento Legal)

SERVICIO/PROCEDIMIENTO/MEDICAMENTO EXCLUIDO PGP INTEGRAL

PACIENTE DE 62 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TRAUMA EN MANO CON LESION DE NERVIOS CUBITAL IZQUIERDO A NIVEL DE CODO, MEDICO TRATANTE REQUIERE QUE SEA VALORADO POR MEDICO LABORAL PARA DETERMINAR INVALIDEZ. EXCLUIDO PGP FOSCAL INTEGRAL

IV. ESTADO DEL USUARIO AL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO QUE NO CORRESPONDE

AMBULATORIO

V. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO

DIRIGIRSE A LA EPS A SOLICITAR LA AUTORIZACION Y/O NEGACION DEL SERVICIO

Nombre del Funcionario que Autoriza: JUAN CAMILO PEÑARANDA JEREZ Cárgo: MEDICO APOYO A SEDES Firmado electrónicamente Fecha: 23/07/2020	Nombre del Solicitante del Servicio: No. Identificación: Firma: _____ Fecha: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaborado por: LEIDY STEFANNY CALA

Documento 85613

SC002-MF

Orden

https://200.116.209.196/break/impsmrgr_hc.php?ccod_ord=60102...

8

Break Point V2.0. R.1.0

REMISION

Fecha de Atencion: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA

Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES

ID: 91205254

Contrato: UT FOSCAL - CABECERA

Plan: CONTRIBUTIVO

Semanas: 274

Rango: 2

Tipo de Usuario: COTIZANTE

Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA

Solicitada por: EFRAIN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Diagnóstico Ppal.: G568

Diagnóstico Rel-1:

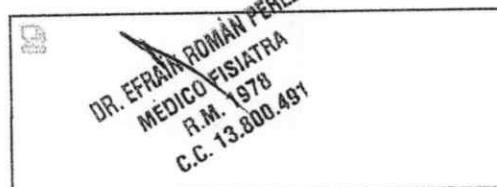
Diagnóstico Rel-2:

Diagnóstico Rel-3:

Especialidad Solicitada: 310 SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO

REMISION

SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN



Profesional : EFRAIN ROMAN PEREZ - 1978

Fecha: 23/07/2020 Hora: 06:46:38

Este documento ES VÁLIDO únicamente presentando la autorización emitida por


~~7~~ 7

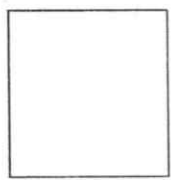


AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

Yo Hernando Rojas Quintero identificado con C.C. No 91205.254 de Biga. Autorizo a los profesionales de NUEVA EPS S.A., a consultar mi historia clínica que reposa en IPS – EPS u otras Instituciones de Salud, de conformidad con Resolución 1918 de 2009 y Decreto 2463 de 2001.

Así mismo, otorgo a los profesionales de las Juntas de Calificación de Invalidez Regional o Nacional de conocer la historia que envíe NUEVA EPS S.A., en caso de ser necesario para dirimir cualquier tipo de controversia, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2463 de 2001, y la Ley 962 de 2005.

FIRMA: 
DIRECCIÓN Carrera 37 # 10-59
TELEFONO 3209206229



Huella Índice Derecho

CIUDAD: Bucaramangá, FECHA: _____

5

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 1 #Ingreso: 606992166 //Entidad: NUEVA EPS

Profesional: HELMAN FRANCISCO MONROY ZAMBRANO Registro: 012001 Fecha: 12/08/2020 10:46 Sede: UT FOSCAL - SEDE CABECERA

Especialidad: ORTOFEDIA Y TRIUMFATOLOGIA

Motivo de Consulta: REMITIDO POR SECUELAS DE LESION E NERVIJO CUBITAL EN MSI... NOTA PACIENTE ACUDE EN FORMA ESPONTANEA... A CONSULTA MEDICA... RESUMEN DE LA CONSULTA... SE DESARROLLA PROTOCOLOS DE BIOSSEGURIDAD... DISTANCIAMIENTO SOCIAL... E HIGIENIZACION DE MANOS DE ACUERDO A LOS PARAMETROS DE LA OMS Y DE MINSALUD.

Enfermedad Actual: REFIERE QUE EN 2011 SUPRIO TRAUMA CONTUSO EN BORDE CUBITAL... RX Y ESTUDIOS QUE DESCARTARON COMPROMISO OSEO QUEDADO DOLOR EN BORDE CUBITAL DEL ANTEBRAZO Y DE LA MANO... QUE HACE 6 AÑOS E INTENSIFICA Y SE ENVIO A MANDAR CON MD FISIATRA QUE ENVIO A FSI CON MEJORA PARCIAL Y TEMPORAL... LUEGO HACE 1 AÑO SE INTENSIFICA DOLOR QUE CUEMANTE QUE SE HA MANTENIDO CON PREGABALINA 1 MD FISIATRA SIN RESPUESTA... RETIENE QUE HAY CAMBIOS ATROFICOS PROGRESIVOS Y LIMITACION EN LA MOVILIDAD DIGITAL.

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

- Piel y Anexos: No refiere
Ojos: No refiere
Oti: No refiere
Cuello: No refiere
Cardiovascular: No refiere
Pulmonar: No refiere
Digestivo: No refiere
Genital/Urinario: No refiere
Musc. Esquelético: No refiere
Neurológico: No refiere
Otros: No refiere

SIGNOS VITALES

T.A: 120/80 Pulso: 80 F.R: 16 Temperatura: 37 Peso: 70.0 Kg Taille: 170 Índice de Masa: 24.22
Circunferencia Abdominal (Cm): 78
Cond. Generales: Normal
Cabeza: Normal
Ojos: Normal
Oidos: Normal
Nariz: Normal
Orotaringes: Normal
Cuello: Normal
Dorso: Normal
Mamas: Normal
Cardíaco: Normal
Pulmonar: Normal

HELCOPI DE ENTORNO CLINICA FOSCAL

Abdomen: Normal
Genitales: Normal
Extremidades: MSI: CIGATRIZ EN REGION POSTEROLATERAL DEL CODO. HIPOTROFIA DEL BRAZO ANTEBRAZO PESO EN FORMA SEVERA DE MS INTEROSOS DE LA MANO. ASIEMTIA DEL TRIANGULO POSTERIOR DEL CODO. DEFORMIDAD EN CUBITO VALGO DE UNOS 40°. DEFORMIDAD EN FLEXION DE APROX 45° CON AMA DE 45° A 130°. PRONO : 55°. SUPINO : 55°. MANTIENE DEOSS LARGOS DE LA MANO IZQUIERA EN POSICION EN FLEXION QUE MEJORA AL EXTENDER PASIVAMENTE LOS DEOS. HIPOSTESIA EN DEDOS MENIQUE Y ANULAR. ENGROSAMIENTO DE NERVIJO CUBITAL EN CAVAL EHTROCLEAR, TINEL (+) EN CAVAL TROCLEAR.

DIAGNOSTICO

G562 LESION DEL NERVIJO CUBITAL
M191 ARTRISIS POSTRAUMATICA DE OTRAS ARTICULACIONES
Tipo Diagnóstico: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta: No Aplica
Causa Externa: Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

RX DE CODO NO TIENE
RX DE MANO (77777) DE 28/JULIO/2011: SIN ALTERACIONES OSEAS RELEVANTES
ENG DE MSI (2000000000): MUESTRA SIGNOS DE LESION COMPLETA DE NERVIJO CUBITAL EN CODO IZQUIERDO
SIGNOS DE STC MODERADO

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Resultados de Servicios - 881601 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS
Enviado por Profesional: HELMAN FRANCISCO MONROY ZAMBRANO Registro: 012001 Fecha: 12/08/2020 10:46
Resultados de Servicios - 873205 RADIOGRAFIA DE CODO
Enviado por Profesional: HELMAN FRANCISCO MONROY ZAMBRANO Registro: 012001 Fecha: 12/08/2020 10:46

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 67 CIRUGIA DE LA MANO
Especialidad: CIRUGIA DE LA MANO
Remision: CONTROL EN 1 MES CON RESULTADOS

FIN IMPRESION DE PAGINA

5

solicitar a usuario historia clinica relacionada con las patologias g560 m770 valoración por fisiatra cirugía de mano ortopedia para la patologia g560 empelador ya tiene todo complieto

Cordial Saludo,

En respuesta a la solicitud de prestación de servicios para nuestro afiliado:
ROJAS QUIÑONES HERNANDO(CC. 91205254)

NUEVA EPS S.A. Le informa que esta solicitud ha sido devuelta por:
SOLICITUD DE SOPORTES COMPLEMENTARIOS MEDI-LABO

Datos de Afiliación:

Identificación..... : CC 91205254

Tipo Afiliado..... :COTIZANTE

Estado de afiliación :ACTIVO

Categoría..... :B

Semanas Cotizadas... :274

IPS.Primeria..... :U.T. FOSCAL - ESCANOGRAFIA S.A. - FOS - FOSCAL - BOLARQUI - TR2

ATENCIÓN DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 1 #Historia: 6069921759 / ENTIDAD NUEVA EPS
 Profesional: HELMAN FRANCISCO MONROY ZAMBRANO Registro: 012001 Fecha: 12/09/2020 10:46 Sede: UT FOSCAL - SEDE CABECERA
 Especialidad: ORTOFEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de Consulta: REMITIDO POR SECUELAS DE LESION E NERVIU CUBITAL EN MSI
 NOTA: PACIENTE ACUDE EN FORMA ESPONTANEA Y VOLUNTARIA A CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA SIENDO CONOCEDOR DE LOS RIESGOS INHERENTES DE LA MISMA EN TEMORADA DE LA MANO QUE SE HA MANEJADO CON PREGABALINA MD FISIATRIA SIN MEJORIA, REFERE QUE HAY CAMBIOS ATROFICOS PROGRESIVOS Y LIMITACION EN LA MOVILIDAD DIGITAL.

Enfermedad Actual:

REFERE QUE EN 2011 SUFRIO TRAUMA CONTUSO EN MSI CON RX Y ESTUDIOS QUE DESCARTARON COMPROMISO OSEO QUEADNO DOLOR EN BORDE CUBITAL DEL ANTERAZO Y DE LA MANO QUE HACE 6 AÑOS E INTENSIFICA Y SE ENVIÓ A MANEJO CON MD FISIATRIA QUE ENVIÓ A QUIRURGIA PARCIAL Y TEMPORAL LUEGO HACE 1 AÑO SE INTENSIFICA DOLOR TIPO QUEMANTE QUE SE HA MANEJADO CON PREGABALINA MD FISIATRIA SIN MEJORIA, REFERE QUE HAY CAMBIOS ATROFICOS PROGRESIVOS Y LIMITACION EN LA MOVILIDAD DIGITAL.

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos: No refiere
 Ojos: No refiere
 Oti: No refiere
 Cuello: No refiere
 Cardiovascular: No refiere
 Pulmonar: No refiere
 Digestivo: No refiere
 Genital/Urinario: No refiere
 Músc. Esquelético: No refiere
 Neurologico: No refiere
 Otros: No refiere

SIGNOS VITALES

T.A: 120/80 Pulso: 80 F.R: 16 Temperatura: 37 Peso: 70.0Kg Talla: 170 Índice de Masa: 24.22
 Circunferencia Abdominal (Cm): 78
 Cond. Generales: Normal
 Cabeza: Normal
 Ojos: Normal
 Oidos: Normal
 Nariz: Normal
 Orotaringe: Normal
 Cuello: Normal
 Dorsos: Normal
 Mamas: Normal
 Cardíaco: Normal
 Pulmonar: Normal



Abdomen: Normal
 Genitales: Normal
 Extremidades: Normal

Neurologico: Normal
 Otros: Normal
 MSI: CICATRIZ EN REGION POSTEROLATERAL DEL CODO, HIPOPTROPIA DEL BRAZO, ANTERAZO PERO EN FORMA SEVERA DE MS INTEROSSEOS DE LA MANO, ASIMETRIA DEL TRIANGULO POSTERIOR DEL CODO, DEFORMIDAD EN CUBITO VALGO DE UNOS 40°, DEFORMIDAD EN FLEXION DE APROX 45° CON AMA DE 45° A 130°, PRONO: 65° SUPINO: 65° MANTIENE DEDOS LARGOS DE LA MANO IZQUIERDA EN POSICION EN FLEXION QUE MEJORA AL EXTENDER PASIVAMENTE LOS DEDOS, HIPOSTESIA EN DEDOS MENQUE Y ANULAR, ENGROSAMIENTO DE NERVIU CUBITAL EN CANAL EPITROCLEAN, TINEL (+) EN CANAL TROCLEAN.

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: G662 LESION DEL NERVIU CUBITAL
 M191 ARTRISIS POSTRAUMATICA DE OTRAS ARTICULACIONES
 Tipo Diagnóstico: Impresión Diagnóstica
 Finalidad Consulta: No Aplica
 Causa Externa: Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

RX DE CODO NO TIENE
 RX DE MANO (77777) DE 26/JULIO/2011: SIN ALTERACIONES OSEAS RELEVANTES
 EMG DE MSI (ZIMAYO/2020): MUESTRA SIGNOS DE LESION COMPLETA DE NERVIU CUBITAL EN CODO IZQUIERDO
 SIGNOS DE STC MODERADO

1. SS / RX DE CODO IZQUIERDO
 2. SS / ECOGRAFA DE TENDONES DEL CODO IZQUIERDO
 3. CONTROL EN 1 MES CON RESULTADOS

SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

Resultados de Servicios - 861601 ECOGRAFA DE TENDONES BILANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHz O MAS
 Enviado por Profesional: HELMAN FRANCISCO MONROY ZAMBRANO Registro: 012001 Fecha: 12/09/2020 10:46
 Resultados de Servicios - 873205 RADIOGRAFA DE CODO
 Enviado por Profesional: HELMAN FRANCISCO MONROY ZAMBRANO Registro: 012001 Fecha: 12/09/2020 10:46

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 67 CIRUGIA DE LA MANO
 Especialidad: CIRUGIA DE LA MANO
 Remisión: CONTROL EN 1 MES CON RESULTADOS

FIN IMPRESION DE PAGINA


~~8~~ 7

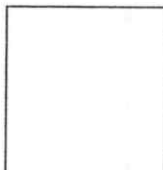


AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

Yo Hernando Rojas Quintero identificado con C.C. No 91205.254 de Boga. Autorizo a los profesionales de NUEVA EPS S.A., a consultar mi historia clínica que reposa en IPS – EPS u otras Instituciones de Salud, de conformidad con Resolución 1918 de 2009 y Decreto 2463 de 2001.

Así mismo, otorgo a los profesionales de las Juntas de Calificación de Invalidez Regional o Nacional de conocer la historia que envíe NUEVA EPS S.A., en caso de ser necesario para dirimir cualquier tipo de controversia, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2463 de 2001, y la Ley 962 de 2005.

FIRMA: 
DIRECCIÓN carrera 37 # 10-59
TELEFONO 3209206229



Huella Índice Derecho

CIUDAD: Bucaramanga, FECHA: _____



FORMATO NO COBERTURA PGP INTEGRAL/
PGP MUNICIPALES

Medicina
laboral B
EPS

DIA	MES	AÑO
23	Julio	2020

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

Tipo	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
CC	91205254	ROJAS	QUINONES	HERNANDO
Tipo Afiliación	EPS a la Cual Pertence	Tiempo de Cotización al SGSSS	Teléfonos	
COTIZANTE	NUEVA EPS PGP	274 SEM. BUCARAMANGA	6337000	

II. CLASE DE SERVICIO NO CONTRATADO POR CAPITACION

Diagnóstico: (G562) LESION DEL NERVIIO CUBITAL

Servicios: (890362) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

III. JUSTIFICACION (Motivo de la Negativa y Fundamento Legal)

SERVICIO/PROCEDIMIENTO/MEDICAMENTO EXCLUIDO PGP INTEGRAL

PACIENTE DE 62 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TRAUMA EN MANO CON LESION DE NERVIOS CUBITAL IZQUIERDO A NIVEL DE CODO, MEDICO TRATANTE REQUIERE QUE SEA VALORADO POR MEDICO LABORAL PARA DETERMINAR INVALIDEZ. EXCLUIDO PGP FOSCAL INTEGRAL

IV. ESTADO DEL USUARIO AL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO QUE NO CORRESPONDE

AMBULATORIO

V. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO

DIRIGIRSE A LA EPS A SOLICITAR LA AUTORIZACION Y/O NEGACION DEL SERVICIO

Nombre del Funcionario que Autoriza: JUAN CAMILO PEÑARANDA JEREZ Cargo: MEDICO APOYO A SEDES Firmado electrónicamente Fecha: 23/07/2020	Nombre del Solicitante de Servicio: No. Identificación: Firma: _____ Fecha: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaborado por: LEIDY STEFANNY CALA

Linea de vida PGP 3

SC002-MF

Orden

https://200.116.209.196/break/impsmrg_r_hc.php?ccod_ord=60102...

8

Break Point V2.0. R.1.0

REMISION

Fecha de Atencion: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA	ID: 91205254	Semanas: 274	Rango: 2
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Plan: CONTRIBUTIVO	Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA	
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA			
Tipo de Usuario: COTIZANTE			
Solicitada por: EFRAIN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
Diagnóstico Ppal.: G568			
Diagnóstico Rel-1:			
Diagnóstico Rel-2:			
Diagnóstico Rel-3:			
Especialidad Solicitada: 310 SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO			

REMISION

SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN

DR. EFRAIN ROMAN PEREZ
MEDICO FISIATRA
R.M. 1978
C.C. 13.800.491

Profesional : EFRAIN ROMAN PEREZ - 1978

Fecha: 23/07/2020 Hora: 06:46:38

Este documento ES VÁLIDO únicamente presentando la autorización emitida por

Original

Historia Clínica Medica

PROFESIONAL: EFRAIN ROMAN PEREZ **ESPECIALIDAD:** MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
REGISTRO: 1978 **PACIENTE:** HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ

Datos de identificación

Nombre	HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ	Documento de identificación	91205254
Fecha de nacimiento	10/01/1958	Edad	62 Años
Municipio de origen	BUCARAMANGA	Municipio de residencia	BUCARAMANGA
Estado civil	UNION LIBRE	Estrato	3
Escolaridad	TECNICA PROFESIONAL	Ocupación	Auxiliares administrativos y afines
Etnia	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad	Sin Discapacidades
Desplazado	NO	Familias en acción	NO
Dirección	CL 29A 8E 91 LA CUMBRE	Teléfono	318-3920
Genero	Masculino	Religión	Catolica
Celular	(318) 329-2078	Correo electrónico	No tiene o no suministra

PROFESIONAL QUE REALIZO LA ATENCION:

EFRAIN ROMAN PEREZ

ESPECIALIDAD:

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Motivo de consulta y enfermedad actual

Último motivo de consulta:

* EL PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO CON GRIPA O CON TOS EN LOS ULTIMOS 30 DIAS. * EL PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO EN CONTACTO CON NINGUN EXTRANJERO Y CON NINGUNA PERSONA QUE HAYA ESTADO CON COVID- 19. * EL PACIENTE VIENE CON TAPABOCAS. NOTA: SE REALIZA LAVADO DE MANOS SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS EN LOS CINCO MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE PROTECCION DEL PACIENTE PARA COVID- 19, TAMBIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION DE CADA PACIENTE.

Última enfermedad actual:

PACIENTE A CONTROL CON HISTORIA DE TRAUMA ANTIGUO CON FX DE CODO IZQUIERDO QUE OCASIONO LESION CUBITAL CONFIRMADA POR ELECTROMIOGRAFIA 04/03/16

Revisión de síntomas por sistema

Piel y Anexos	No refiere
Ojos	No refiere
Orl	No refiere
Cuello	No refiere
Cardiovascular	No refiere
Pulmonar	No refiere
Digestivo	No refiere
Genital/Urinario	No refiere
Musc. Esquel.	No refiere

Profesional: EFRAIN ROMAN PEREZ - 23/07/2020

DX PARALISIS CUBITAL TARDIA IZQUIERDA.

SECUELAS DE FX CODO IZQUIERDO

SS IC CIRUGIA DE MANO

SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO

SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN

SS TERAPIA FISICA # 15 SESIONES

PROGRAMA FUNCIONAL MANO Y CODO IZQUIERDO.

INSTRUCCIONES PARA SEGUIR EJERCICIOS EN PLAN CASERO

SE FORMULA : PREGABALINA 75 MG # 90 TOMAR 1 CAPS DIARIA EN LA NOCHE POR TRES MESES

SE FORMULA : HIDROCODONA 5MG+ACETAMINOFEN 325MG TABLETAS # 20 TOMAR 1 TAB DIARIA DURANTE DIEZ DIAS

SE DA DE ALTA POR ESTE SERVICIO

Incapacidad médica

Requiere incapacidad médica

Historico de incapacidades medicas

Fecha inicial	Fecha final	Fecha impresión	Días inc.	Días acum.	Dx	Medico
21/07/2020	23/07/2020	21/07/2020	3	0	G569	ANGEL RENE CHAVES RANGEL
14/07/2020	20/07/2020	14/07/2020	7	0	G569	MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA
26/04/2019	26/04/2019	26/04/2019	1	0	A09X	DIANA CRISTINA AMAYA ACERO
24/04/2019	25/04/2019	24/04/2019	2	0	K529	DIANA CRISTINA AMAYA ACERO
02/08/2018	02/08/2018	02/08/2018	1	0	R42X	ANGEL RENE CHAVES RANGEL
01/06/2015	03/06/2015	01/06/2015	3	0	J029	MATHEW MERINO MANTILLA
02/10/2014	03/10/2014	02/10/2014	2	0	M549	DORA PATRICIA PRADA BARAJAS
27/06/2013	28/06/2013	27/06/2013	2	0	J019	DORA PATRICIA PRADA BARAJAS
24/05/2013	25/05/2013	24/05/2013	2	0	J329	JENNY TATIANA HERNANDEZ CACERES

Guardar

Salir22


Interconsulta de apoyo médico

Usuario


Contraseña

Autenticar

Abdomen	Normal
Genitales	Normal
Extremidades	BUENA FUNCION DE HOMBRO IZQUIERDO, CODO CON LIMITACION FUNCIONAL EN FLEXIO A 95°, EXTENSION A -60°, SUPINACION Y PRONACION DE PUÑO LIMITADOS EN ULTIMOS GRADOS, ARTROFIA DE MUSCULATURA INTRINSECA CUBITAL DE MANO, BUEN TROFISMO TENAR, HIPOESTESIA CUBITAL. LIMITACION PARA LA FUNCION DE LA OPOSICION ,
Neurológico	Normal
Otros	Normal

 **Artritis reumatoidea**
Click sobre el icono + para desplegar.

 **EPOC**
Click sobre el icono + para desplegar.

 **Esquema de vacunación**
Click sobre el icono + para desplegar.

Diagnósticos

Diagnósticos anteriores

23/07/2020 Código: G568 Dx Ppal: OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

Tipo Diagnóstico Ppal: Impresión Diagnóstica Causa externa: Enfermedad General

Finalidad de Consulta: No Aplica

Conducta

Fecha	Especialidad	Referencia	Medico	
23/07/2020	CIRUGIA DE LA MANO	SS IC CIRUGIA DE MANO	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	OTRAS	SE FORMULA : PREGABALINA 75 MG # 90 TOMAR 1 CAPS DIARIA EN LA NOCHE POR TRES MESES SE FORMULA : HIDROCODONA 5MG+ACETAMINOFEN 325MG TABLETAS # 20 TOMAR 1 TAB DIARIA DURANTE DIEZ DIAS	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	OTRAS	SS TERAPIA FISICA # 15 SESIONES PROGRAMA FUNCIONAL MANO Y CODO IZQUIERDO. INSTRUCCIONES PARA SEGUIR EJERCICIOS EN PLAN CASERO	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO	SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO	SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia

Información Asociada Externa a la Historia Clínica

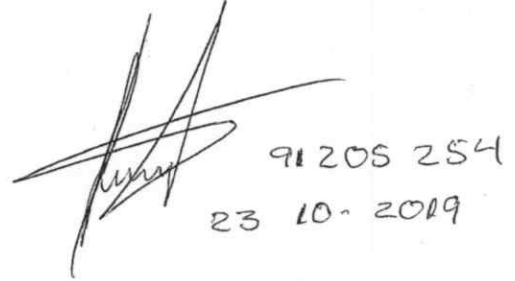
Prescripciones NOPBS (Elementos Descargados)

Usuario sin elementos descargados

Resumen y comentarios

Bucaramanga, 23 de octubre de 2019
DRM-CGA-06777-19

Señor
HERNANDO ROJAS QUIÑONES
C.C. 91205254
CRA. 37 N° 10 59 BARRIO LOS PINOS
Teléfono: 3209206229
BUCARAMANGA



91205254
23 10 2019

Asunto: Requisitos para calificación de origen – plazo de entrega a NUEVA EPS: 30 días

Reciba un cordial saludo

Respetado señor HERNANDO ROJAS QUIÑONES C.C. 91205254 comedidamente le informamos que en cumplimiento de la legislación vigente, es decir, la resolución 2569 de 1999 artículo 16, el decreto 019 de 2012 artículo 142, los decretos 2463 de 2001, 1352 de 2013 artículo 30, y 1477 de 2014, se le inicia proceso de calificación de origen por sospecha de enfermedad laboral de los diagnósticos:

1. EPICONDILITIS MEDIA
2. SINDROME DE TUNEL CARPIANO

De acuerdo al artículo 30 del Decreto 1352 de 2013 se hace necesario aportar de manera prioritaria los siguientes requisitos mínimos, los cuales deben ser suministrados por usted y por su empresa o última empresa en la que trabajó, en un único expediente antes de 30 días calendario, **para radicación en cualquiera de nuestras oficinas de atención al afiliado, a nombre de MEDICINA LABORAL**, si los documentos no son entregados en ese término se procederá a actuar conforme el parágrafo 1° del artículo 30 del Decreto 1352 de 2013, los requisitos son los siguientes:

Requisitos afiliado:

1. Copia completa de la historia clínica de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud donde haya sido atendido, relacionada con las enfermedades en estudio
2. Concepto de ortopedia o fisiatría o cirugía de mano, relacionadas con las enfermedades en estudio

Requisitos Empleador:

Evaluación de puestos de trabajo relacionado con la enfermedad en estudio, que evalúe los factores de riesgo físico: vibración segmento mano y brazo y ergonómico: carga física miembros superiores; los factores de riesgo ergonómico: carga física segmento antebrazo – mano.

NOTAS:

1. La entrega de la evaluación de puesto de trabajo es OBLIGATORIA para todos los empleadores.
2. Para los casos en que el usuario/trabajador haya sido reubicado de cargo, la evaluación de puesto de trabajo debe incluir la valoración o reconstrucción de riesgos de los cargos que desempeñó previo a la reubicación laboral.
3. El análisis de puesto de trabajo por homologación o tipo cargo para determinar origen es válido para los casos en los que el usuario/trabajador se encuentre en incapacidad continua y prolongada.
4. El análisis de puesto de trabajo por homologación o tipo por cargo es válido cuando se vaya a calificar un trabajador que desempeña las mismas tareas/actividades que realizan otros usuarios/trabajadores de la empresa en ese mismo cargo y que haya sido realizado dentro del programa de Salud Ocupacional / Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.
5. El análisis de puesto de trabajo por homologación o tipo por cargo es válido cuando el trabajador a calificar ya no se encuentra laborando en la empresa donde se expuso al factor de riesgo que presuntamente le ocasionó la enfermedad.



- * Trastornos de Columna
- * Cuello - Espalda - Lumbago
- * Dolores Articulares
- * Manos Dormidas - Osteoporosis

ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

Patient: HERNANDO ROJAS QUIÑONES **DOB:** **Physician:** DR. JUAN TRILLOS VARGAS
Sex: Male **Height:** cm **Ref Phys:** DR. CARLOS AUGUSTO ARENAS
ID#: 91205254 **Weight:** kg **Technician:** NUEVA EPS

Nerve Conduction Studies

Anti Sensory Summary Table

Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm P-T Amp	Site1	Site2	Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Anti Sensory (2nd Digit)											
Wrist		3.8	<3.6	40.7	>10	Wrist	2nd Digit	3.8	14.0	37	>39
Left Ulnar Anti Sensory (5th Digit)											
Wrist	NR		<3.7		>15.0	Wrist	5th Digit		14.0		>38

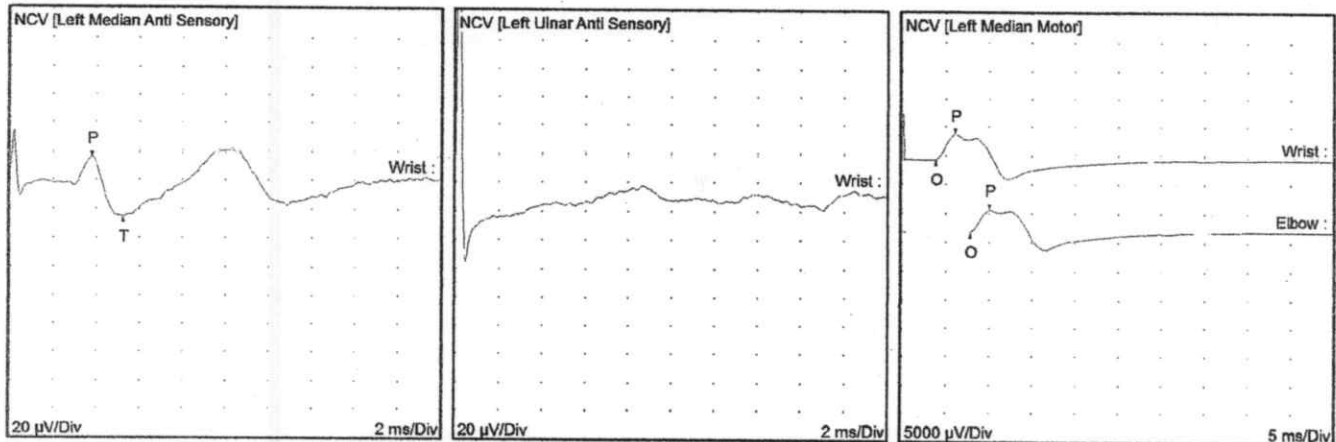
Motor Summary Table

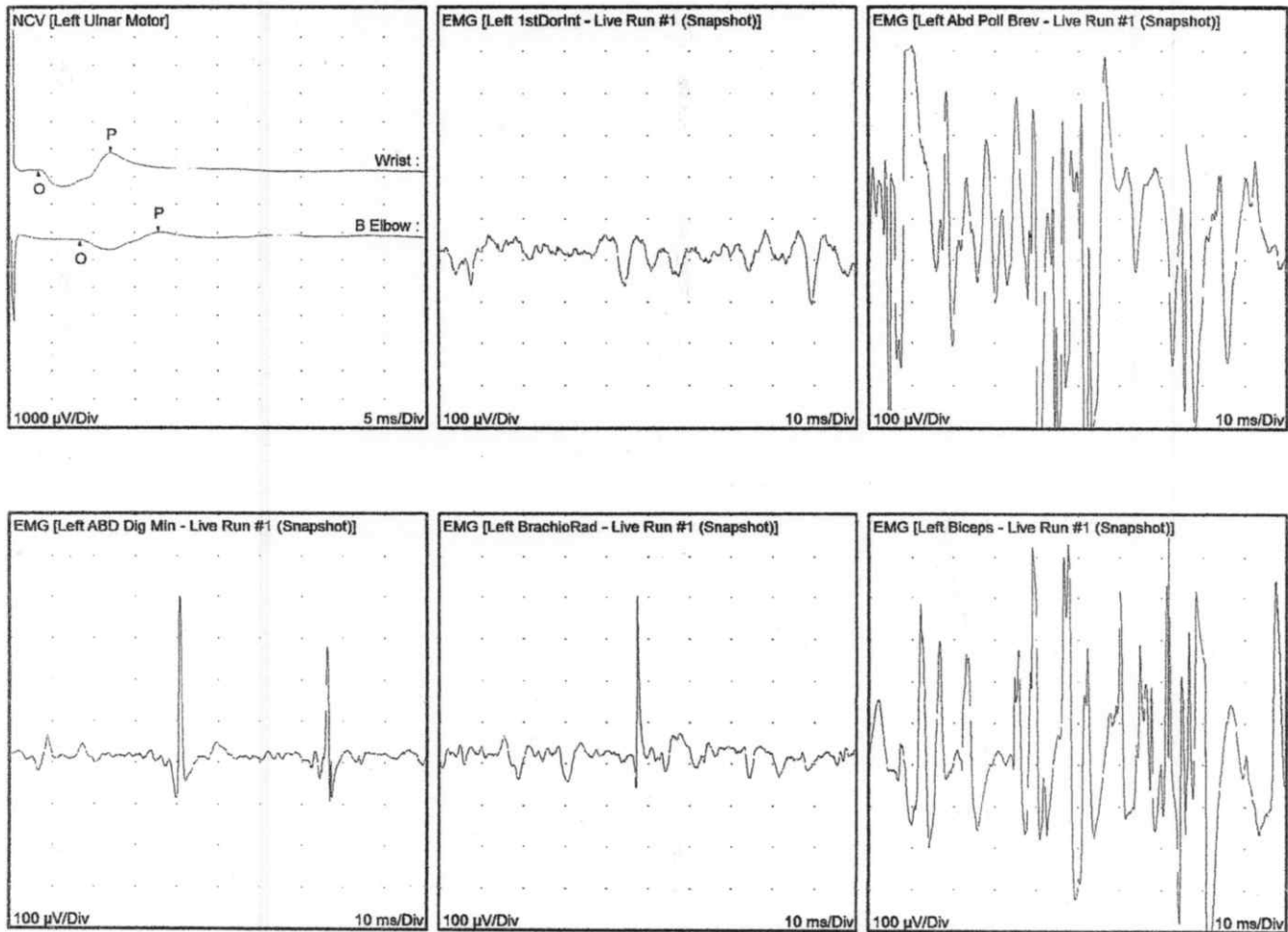
Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm O-P Amp	Site1	Site2	Delta-0 (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Motor (Abd Poll Brev)											
Wrist		3.9	<4.2	4.4	>5	Elbow	Wrist	4.0	21.0	53	>50
Elbow		7.9		3.8							
Left Ulnar Motor (Abd Dig Minimi)											
Wrist		3.4	<4.2	0.6	>3	B Elbow	Wrist	5.0	24.0	48	>53
B Elbow		8.4		0.3							

EMG

Side	Muscle	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	Psw	Amp	Dur	Poly	Recrt	Int Pat	Comment
Left	Abd Poll Brev	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	ABD Dig Min	Ulnar	C8-T1	Incr	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	AUSENTE Y ATROFIA
Left	1stDorInt	Ulnar	C8-T1	Incr	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	AUSENTE Y ATROFIA
Left	FlexCarRad	Median	C6-7	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	PronatorTeres	Median	C6-7	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	BrachioRad	Radial	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Biceps	Musculocut	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	50%	
Left	Deltoid	Axillary	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	

Waveforms:





INTERPRETACION:

Needle evaluation of the Left abductor digiti minimi and the Left first dorsal interosseous muscles showed increased insertional activity. The Left biceps muscle showed decreased interference pattern. All remaining muscles (as indicated in the following table) showed no evidence of electrical instability.

Evaluation of the Left median motor nerve showed reduced amplitude (4.4 mV). The Left ulnar motor nerve showed reduced amplitude (0.6 mV) and decreased conduction velocity (B Elbow-Wrist, 48 m/s). The Left median sensory nerve showed prolonged distal peak latency (3.8 ms) and decreased conduction velocity (Wrist-2nd Digit, 37 m/s). The Left ulnar sensory nerve showed no response (Wrist).

CONCLUSION:

1. LESION COMPLETA DEL NERVI0 CUBITAL IZQUIERDO A NIVEL DEL CODO, SIN NINGUN SIGNO DE REGENERACION.
2. MODERADA COMPRESION DEL NERVI0 MEDIANO IZQUIERDO A NIVEL DEL CARPO.

DR. JUAN TRILLOS VARGAS
MÉDICO FISIATRA
P.M. 1982
C.C. 13.806.302

Orden

https://200.116.209.196/break/impstrngr_hc.php?ccod_ord=60102...

Break Point V2.0. R.1.0

REMISION

Fecha de Atencion: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA	ID: 91205254
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Plan: CONTRIBUTIVO
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA	
Tipo de Usuario: COTIZANTE	
Solicitada por: EFRAN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Semanas: 274 Rango: 2
Diagnóstico Ppal: G568	Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA
Diagnóstico Rel-1:	
Diagnóstico Rel-2:	
Diagnóstico Rel-3:	
Especialidad Solicitada: 310 SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO	
REMISION	
SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO	



Profesional : EFRAN ROMAN PEREZ - 1978

Fecha: 23/07/2020 Hora: 06:46:38

Remision
alta/dia



- * Trastornos de Columna
- * Cuello - Espalda - Lumbago
- * Dolores Articulares
- * Manos Dormidas - Osteoporosis

ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

Patient: HERNANDO ROJAS QUÍÑONES **DOB:** **Physician:** DR. JUAN TRILLOS VARGAS
Sex: Male **Height:** cm **Ref Phys:** DR. CARLOS AUGUSTO ARENAS
ID#: 91205254 **Weight:** kg **Technician:** NUEVA EPS

Nerve Conduction Studies

Anti Sensory Summary Table

Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm P-T Amp	Site1	Site2	Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Anti Sensory (2nd Digit)											
Wrist		3.8	<3.6	40.7	>10	Wrist	2nd Digit	3.8	14.0	37	>39
Left Ulnar Anti Sensory (5th Digit)											
Wrist	NR		<3.7		>15.0	Wrist	5th Digit		14.0		>38

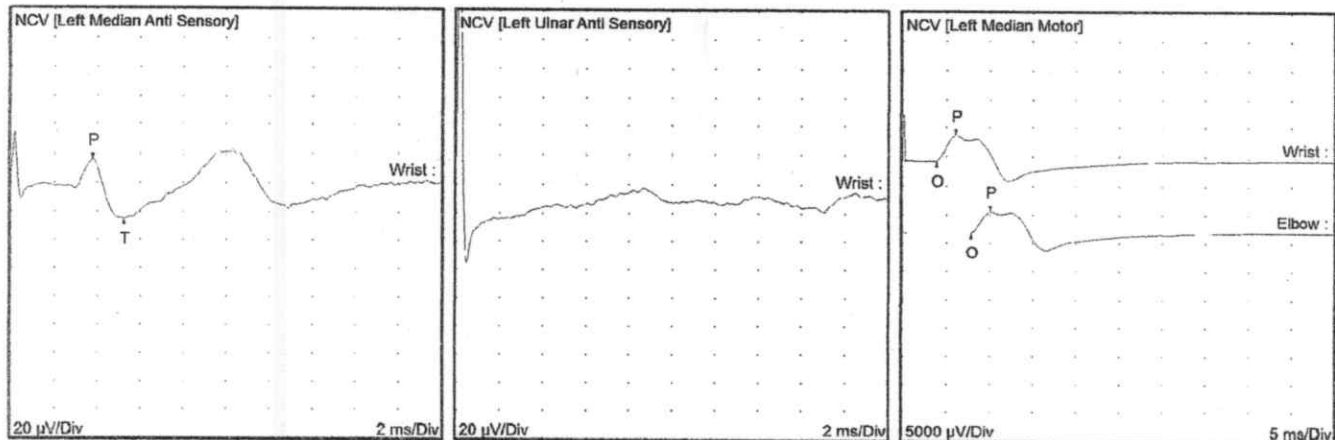
Motor Summary Table

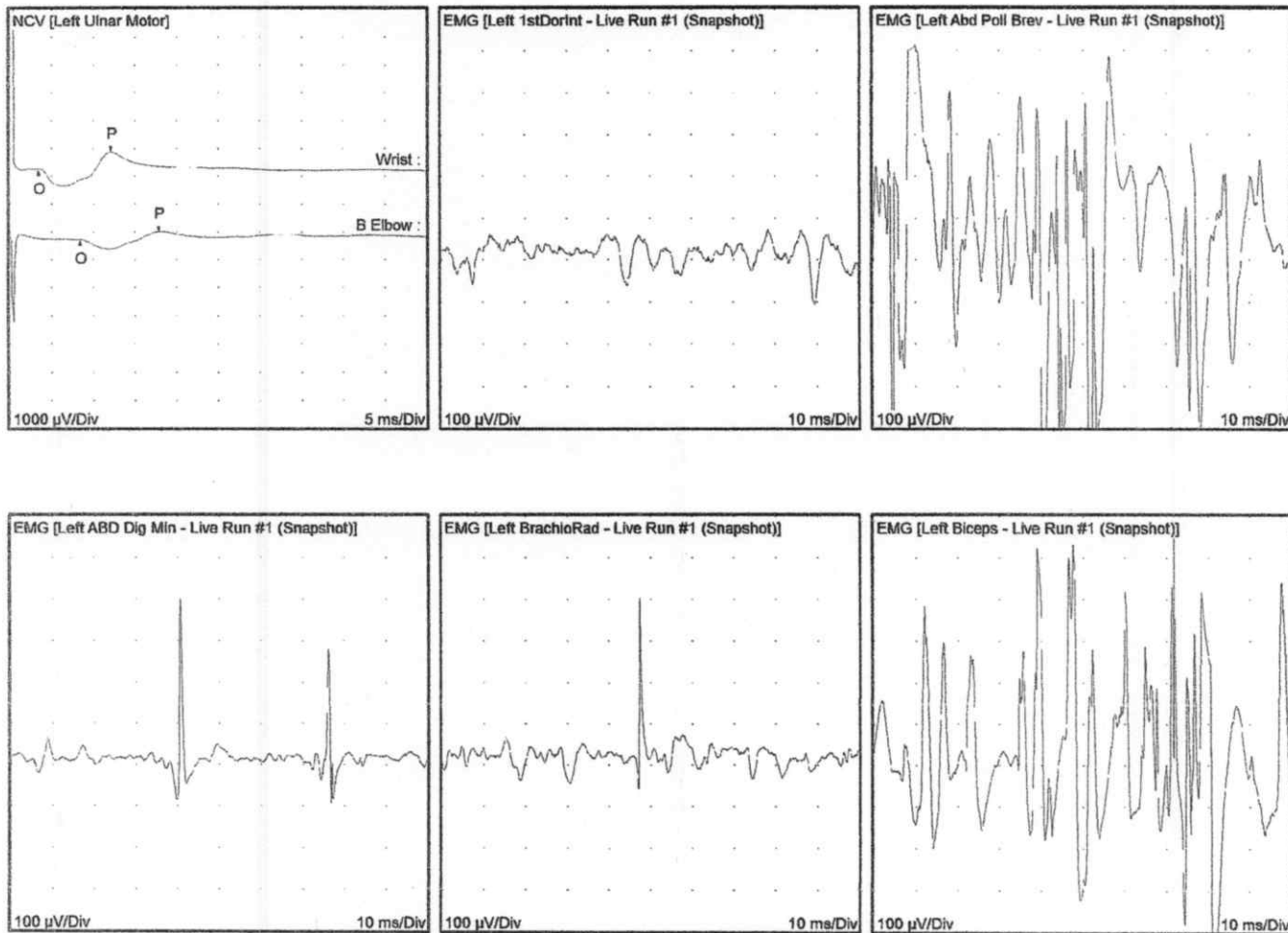
Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm O-P Amp	Site1	Site2	Delta-0 (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Motor (Abd Poll Brev)											
Wrist		3.9	<4.2	4.4	>5	Elbow	Wrist	4.0	21.0	53	>50
Elbow		7.9		3.8							
Left Ulnar Motor (Abd Dig Minimi)											
Wrist		3.4	<4.2	0.6	>3	B Elbow	Wrist	5.0	24.0	48	>53
B Elbow		8.4		0.3							

EMG

Side	Muscle	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	Psw	Amp	Dur	Poly	Recr	Int Pat	Comment
Left	Abd Poll Brev	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	ABD Dig Min	Ulnar	C8-T1	Incr	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	AUSENTE Y ATROFIA
Left	1stDorInt	Ulnar	C8-T1	Incr	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	AUSENTE Y ATROFIA
Left	FlexCarRad	Median	C6-7	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	PronatorTeres	Median	C6-7	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	BrachioRad	Radial	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Biceps	Musculocut	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	50%	
Left	Deltoid	Axillary	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	

Waveforms:





INTERPRETACION:

Needle evaluation of the Left abductor digiti minimi and the Left first dorsal interosseous muscles showed increased insertional activity. The Left biceps muscle showed decreased interference pattern. All remaining muscles (as indicated in the following table) showed no evidence of electrical instability.

Evaluation of the Left median motor nerve showed reduced amplitude (4.4 mV). The Left ulnar motor nerve showed reduced amplitude (0.6 mV) and decreased conduction velocity (B Elbow-Wrist, 48 m/s). The Left median sensory nerve showed prolonged distal peak latency (3.8 ms) and decreased conduction velocity (Wrist-2nd Digit, 37 m/s). The Left ulnar sensory nerve showed no response (Wrist).

CONCLUSION:

1. LESION COMPLETA DEL NERVIIO CUBITAL IZQUIERDO A NIVEL DEL CODO, SIN NINGUN SIGNO DE REGENERACION.
2. MODERADA COMPRESION DEL NERVIIO MEDIANO IZQUIERDO A NIVEL DEL CARPO.

DR. JUAN TRILLOS VARGAS
 MEDICO FISIATRA
 P.M. 1982
 C.C. 13.806.302

Historia Clínica Medica

COPY

PROFESIONAL: EFRAIN ROMAN PEREZ **ESPECIALIDAD:** MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
REGISTRO: 1978 **PACIENTE:** HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ

Datos de identificación

Nombre	HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ	Documento de identificación	91205254
Fecha de nacimiento	10/01/1958	Edad	62 Años
Municipio de origen	BUCARAMANGA	Municipio de residencia	BUCARAMANGA
Estado civil	UNION LIBRE	Estrato	3
Escolaridad	TECNICA PROFESIONAL	Ocupación	Auxiliares administrativos y afines
Etnia	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad	Sin Discapacidades
Desplazado	NO	Familias en acción	NO
Dirección	CL 29A 8E 91 LA CUMBRE	Teléfono	318-3920
Genero	Masculino	Religión	Catolica
Celular	(318) 329-2078	Correo electrónico	No tiene o no suministra

PROFESIONAL QUE REALIZO LA ATENCION: EFRAIN ROMAN PEREZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Motivo de consulta y enfermedad actual

Último motivo de consulta:

* EL PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO CON GRIPA O CON TOS EN LOS ULTIMOS 30 DIAS. * EL PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO EN CONTACTO CON NINGUN EXTRANJERO Y CON NINGUNA PERSONA QUE HAYA ESTADO CON COVID- 19. * EL PACIENTE VIENE CON TAPABOCAS. NOTA: SE REALIZA LAVADO DE MANOS SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS EN LOS CINCO MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE PROTECCION DEL PACIENTE PARA COVID- 19, TAMBIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION DE CADA PACIENTE.

Última enfermedad actual:

PACIENTE A CONTROL CON HISTORIA DE TRAUMA ANTIGUO CON FX DE CODO IZQUIERDO QUE OCASIONO LESION CUBITAL CONFIRMADA POR ELECTROMIOGRAFIA 04/03/16

Revisión de síntomas por sistema

Piel y Anexos	No refiere
Ojos	No refiere
Orl	No refiere
Cuello	No refiere
Cardiovascular	No refiere
Pulmonar	No refiere
Digestivo	No refiere
Genital/Urinario	No refiere
Musc. Esquel.	No refiere

Profesional: EFRAIN ROMAN PEREZ - 23/07/2020

DX PARALISIS CUBITAL TARDIA IZQUIERDA.
 SECUELAS DE FX CODO IZQUIERDO
 SS IC CIRUGIA DE MANO
 SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO
 SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN
 SS TERAPIA FISICA # 15 SESIONES
 PROGRAMA FUNCIONAL MANO Y CODO IZQUIERDO.
 INSTRUCCIONES PARA SEGUIR EJERCICIOS EN PLAN CASERO
 SE FORMULA : PREGABALINA 75 MG # 90 TOMAR 1 CAPS DIARIA EN LA NOCHE POR TRES MESES
 SE FORMULA : HIDROCODONA 5MG+ACETAMINOFEN 325MG TABLETAS # 20 TOMAR 1 TAB DIARIA DURANTE DIEZ DIAS
 SE DA DE ALTA POR ESTE SERVICIO

Incapacidad médica

Requiere incapacidad médica

Historico de incapacidades medicas

Fecha inicial	Fecha final	Fecha impresión	Días inc.	Días acum.	Dx	Medico
21/07/2020	23/07/2020	21/07/2020	3	0	G569	ANGEL RENE CHAVES RANGEL
14/07/2020	20/07/2020	14/07/2020	7	0	G569	MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA
26/04/2019	26/04/2019	26/04/2019	1	0	A09X	DIANA CRISTINA AMAYA ACERO
24/04/2019	25/04/2019	24/04/2019	2	0	K529	DIANA CRISTINA AMAYA ACERO
02/08/2018	02/08/2018	02/08/2018	1	0	R42X	ANGEL RENE CHAVES RANGEL
01/06/2015	03/06/2015	01/06/2015	3	0	J029	MATHEW MERINO MANTILLA
02/10/2014	03/10/2014	02/10/2014	2	0	M549	DORA PATRICIA PRADA BARAJAS
27/06/2013	28/06/2013	27/06/2013	2	0	J019	DORA PATRICIA PRADA BARAJAS
24/05/2013	25/05/2013	24/05/2013	2	0	J329	JENNY TATIANA HERNANDEZ CACERES

Guardar

Salir22

Interconsulta de apoyo médico

Usuario

Contraseña

Autenticar

Abdomen	Normal
Genitales	Normal
Extremidades	BUENA FUNCION DE HOMBRO IZQUIERDO, CODO CON LIMITACION FUNCIONAL EN FLEXIO A 95°, EXTENSION A -60°, SUPINACION Y PRONACION DE PUÑO LIMITADOS EN ULTIMOS GRADOS, ARTROFIA DE MUSCULATURA INTRINSECA CUBITAL DE MANO, BUEN TROFISMO TENAR, HIPOESTESIA CUBITAL. LIMITACION PARA LA FUNCION DE LA OPOSICION ,
Neurológico	Normal
Otros	Normal

Artritis reumatoidea

Click sobre el icono + para desplegar.

EPOC

Click sobre el icono + para desplegar.

Esquema de vacunación

Click sobre el icono + para desplegar.

Diagnósticos

Diagnósticos anteriores

23/07/2020 Código: G568 Dx Ppal: OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

Tipo Diagnóstico Ppal: Impresión Diagnóstica Causa externa: Enfermedad General

Finalidad de Consulta: No Aplica

Conducta

Fecha	Especialidad	Referencia	Medico	
23/07/2020	CIRUGIA DE LA MANO	SS IC CIRUGIA DE MANO	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	OTRAS	SE FORMULA : PREGABALINA 75 MG # 90 TOMAR 1 CAPS DIARIA EN LA NOCHE POR TRES MESES SE FORMULA : HIDROCODONA 5MG+ACETAMINOFEN 325MG TABLETAS # 20 TOMAR 1 TAB DIARIA DURANTE DIEZ DIAS	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	OTRAS	SS TERAPIA FISICA # 15 SESIONES PROGRAMA FUNCIONAL MANO Y CODO IZQUIERDO. INSTRUCCIONES PARA SEGUIR EJERCICIOS EN PLAN CASERO	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO	SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia
23/07/2020	SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO	SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO	EFRAIN ROMAN PEREZ	Contrareferencia

Información Asociada Externa a la Historia Clínica

Prescripciones NOPBS (Elementos Descargados)

Usuario sin elementos descargados

Resumen y comentarios



FORMATO NO COBERTURA PGP INTEGRAL/ PGF MUNICIPIOS

laboral
Eps

DIA	MES	AÑO		
23	Julio	2020		
I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO				
Tipo	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
CC	91205254	ROJAS	QUINONES	HERNANDO
Tipo Afiliación	EPS a la Cual Pertence	Tiempo de Cotización al SGSSS	Teléfonos	
COTIZANTE	NUEVA EPS PGP	274 SEM. BUCARAMANGA	6337000	
II. CLASE DE SERVICIO NO CONTRATADO POR CAPITACION				
Diagnóstico: (G562) LESION DEL NERVIJO CUBITAL				
Servicios: (890362) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO				
III. JUSTIFICACIÓN (Motivo de la Negativa y Fundamento Legal)				
SERVICIO/PROCEDIMIENTO/MEDICAMENTO EXCLUIDO PGP INTEGRAL				
PACIENTE DE 62 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TRAUMA EN MANO CON LESION DE NERVIOS CUBITAL IZQUIERDO A NIVEL DE CODD, MEDICO TRATANTE REQUIERE QUE SEA VALORADO POR MEDICO LABORAL PARA DETERMINAR INVALIDEZ. EXCLUIDO PGP FOSCAL INTEGRAL.				
IV. ESTADO DEL USUARIO AL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO QUE NO CORRESPONDE				
AMBULATORIO				
V. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO				
DIRIGIRSE A LA EPS A SOLICITAR LA AUTORIZACION Y/O NEGACION DEL SERVICIO.				
Nombre del Funcionario que Autoriza: JUAN CAMILO PEÑARANDA JEREZ Cargo: MEDICO APOYO A SEDES Firmado electrónicamente Fecha: 23/07/2020		Nombre del Solicitante del Servicio: No. Identificación Firma Fecha:		

Elaborado por: LEIDY STEFANNY CALA

Consecutivo: 86613

SC002-MF

Break Point V2.0. R.1.0

REMISION

Fecha de Atencion: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA	ID: 91205254	Semanas: 274	Rango: 2
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Plan: CONTRIBUTIVO	Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA	
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA			
Tipo de Usuario: COTIZANTE			
Solicitada por: EFRAIN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
Diagnóstico Ppal: G568			
Diagnóstico Rel-1:			
Diagnóstico Rel-2:			
Diagnóstico Rel-3:			
Especialidad Solicitada: 310 SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO			

REMISION

SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN



Profesional : EFRAIN ROMAN PEREZ - 1978

Fecha: 23/07/2020 Hora: 06:46:38

Este documento ES VÁLIDO únicamente presentando la autorización emitida por

https://200.116.209.196/break/impsmrgr_hc.php?ccod_ord=60102...

*Remision
alcaldia*

Break Point V2.0. R.1.0

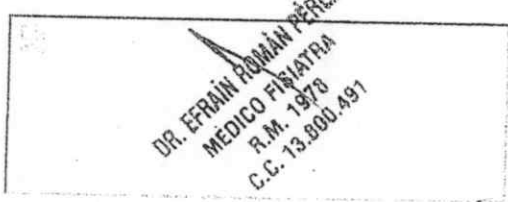
REMISION

Fecha de Atencion: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA	ID: 91205254	Semanas: 274	Rango: 2
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Plan: CONTRIBUTIVO	Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA	
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA			
Tipo de Usuario: COTIZANTE			
Solicitada por: EFRAIN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
Diagnóstico Ppal: G568			
Diagnóstico Rel-1:			
Diagnóstico Rel-2:			
Diagnóstico Rel-3:			
Especialidad Solicitada: 310 SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO			

REMISION

SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO



Profesional : EFRAIN ROMAN PEREZ - 1978

Fecha: 23/07/2020 Hora: 06:46:38

Este documento ES VÁLIDO únicamente presentando la autorización emitida por

REMISION

Fecha de Atencion: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA	ID: 91205254	Semanas: 274	Rango: 2
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Plan: CONTRIBUTIVO	Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA	
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA	Tipo de Usuario: COTIZANTE		
Solicitada por: EFRAIN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
Diagnóstico Ppal.: G568	Diagnóstico Rel-1:		
Diagnóstico Rel-2:	Diagnóstico Rel-3:		
Especialidad Solicitada: 800 OTRAS.			

REMISION

SE FORMULA : PREGABALINA 75 MG # 90 TOMAR 1 CAPS DIARIA EN LA NOCHE POR TRES MESES SE FORMULA : HIDROCODONA 5MG+ACETAMINOFEN 325MG TABLETAS # 20 TOMAR 1 TAB DIARIA DURANTE DIEZ DIAS



Profesional: EFRAIN ROMAN PEREZ - 1978

Fecha: 23/07/2020 Hora: 06:46:38

		FÓRMULA MÉDICA		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2020-07-23 06:58:12				
				Nro. Prescripción 20200723183021147053				
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento: SANTANDER		Municipio: FLORIDABLANCA		Código Habilitación: 682760442801				
Documento de Identificación: 900330752			Nombre Prestador de Servicios de Salud: FUNDACION FOSUNAB					
Dirección: CALLE 158 NO. 20-95			Teléfono: 6797979					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC91205254		Primer Apellido: ROJAS	Segundo Apellido: QUIÑONES	Primer Nombre: HERNANDO	Segundo Nombre:			
Número Historia Clínica: 91205254		Diagnóstico Principal: G568 OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO			
MEDICAMENTOS								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[PREGABALINA] 75MG/1U / CAPSULAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	75 MILIGRAMO(S)	ORAL	1 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	TOMAR 1 CAPSULA DIARIA LYRICA POR 3 MESES	90 / NOVENTA / CÁPSULA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC13800491			Nombre: EFRAIN ROMAN PEREZ					
Registro Profesional: 1978								
Especialidad:								
			CodVer: 890F-0F44-A165-07FF-16E4-EFE0-DE93					



La salud es de todos Minsalud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2020-07-23 06:59:25
Nro. Prescripción
20200723178021147081

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: SANTANDER Municipio: FLORIDABLANCA Código Habilitación: 682760442801
Documento de Identificación: 900330752 Nombre Prestador de Servicios de Salud: FUNDACION FOSUNAB
Dirección: CALLE 158 NO. 20-95 Teléfono: 6797979

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC91205254 Primer Apellido: ROJAS Segundo Apellido: QUIÑONES Primer Nombre: HERNANDO Segundo Nombre:
Número Historia Clínica: 91205254 Diagnóstico Principal: G568 OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO

MEDICAMENTOS

Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[ACETAMINOFEN] 325MG/1U ; [HIDROCODONA BITARTRATO] 5MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	325 MILIGRAMO(S)	ORAL	1 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	10 DÍA(S)	TOMAR 1 TABLETA DIARIA POR 10 DIAS	10 / DIEZ / TABLETA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC13800491 Nombre: EFRAIN ROMAN PEREZ
Registro Profesional: 1978
Especialidad:
CodVer: MES-0708-FA77-8D1C-7433-126C-2801-F3CF

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018, Art. 13, Numeral 5.

DR. EFRAIN ROMAN PEREZ
MEDICO FISIATRA
R.M. 1978
C.C. 13.800.491

Orden

https://200.116.209.196/break/impsmgr_hc.php?ccod_ord=60102...

Break Point V2.0. R.1.0

REMISION

Fecha de Atención: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA ID: 91205254
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES Plan: CONTRIBUTIVO Semanas: 274 Rango: 2
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA Tipo de Usuario: COTIZANTE Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA
Solicitada por: EFRAIN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
Diagnóstico Ppal.: G568
Diagnóstico Rel-1:
Diagnóstico Rel-2:
Diagnóstico Rel-3:
Especialidad Solicitada: 67 CIRUGIA DE LA MANO

REMISION

SS IC CIRUGIA DE MANO

DR. EFRAIN ROMAN PEREZ
MEDICO FISIATRA
R.M. 1978
C.C. 13.800.491

Profesional : EFRAIN ROMAN PEREZ - 1978

Fecha: 23/07/2020 Hora: 06:46:39

Este documento ES VÁLIDO únicamente presentando la autorización emitida por



BREAK POINT V 2.0 R 1.0

AUTORIZACION TERAPIA FISICA

Sede: UT FOSCAL - SEDE CABECERA	ID: 91205254	EDAD: 52 Años	No : 6039868208
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Plan: CONTRIBUTIVO	Semanas: 274	Rango: 2
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA	Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA		
Tipo de Usuario: COTIZANTE	Telefono: 6478444		
Solicitada por: Efrain Roman Perez-MEDICINA FISICA	Diagnóstico: G568		
Expedida a: PROFESIONALES DE LA SALUD			
Direccion: Calle 46 N. 33-16 MEDICOS SAN PIO			

CODIGO	PROCEDIMIENTO	NO/A ACLARATORIA	TARIFA
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL		\$ 92,020

Sesiones: 10

\$ 0

TOTAL \$ 92,020

No Cobro de Cuota Moderadora
Caja No. 6

Entregado Por: LEIDY TATIANA ORTEGA BLANCO

Firma del Usuario:

NOTAS: 10/15

Fecha: 23/07/2020 Hora: 10:23:34

Validez de la Orden: 60 días. Vence: 2020-09-21

Estos servicios se deben facturar a: UT FOSCAL - CABECERA



* 6 0 3 9 8 6 8 2 0 8 *

Break Point V2.0. R.1.0

REMISION

Fecha de Atencion: 2020-07-23

Sede: UT FOSCAL - SEDE FLORIDABLANCA	ID: 91205254	Semanas: 274	Rango: 2
Paciente: HERNANDO ROJAS QUIÑONES	Plan: CONTRIBUTIVO	Sede Afiliado: UT FOSCAL - SEDE CABECERA	
Contrato: UT FOSCAL - CABECERA	Tipo de Usuario: COTIZANTE		
Solicitada por: EFRAIN ROMAN PEREZ - MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Diagnóstico Ppal.: G568		
Diagnóstico Rel-1:	Diagnóstico Rel-2:		
Diagnóstico Rel-3:	Especialidad Solicitada: 800 OTRAS		

REMISION
SS TERAPIA FISICA # 15 SESIONES PROGRAMA FUNCIONAL MANO Y CODO IZQUIERDO. INSTRUCCIONES PARA SEGUIR EJERCICIOS EN PLAN CASERO

DR. EFRAIN ROMAN PEREZ
MEDICO FISIATRA
R.M. 1978
C.C. 13.800.459

23 JUL 2020 #10

Bucaramanga, 13 de septiembre de 2019
DRM-CGA-05342-19

Señor
HERNANDO ROJAS QUIÑONES
C.C. 91205254
CRA. 37 N° 10 59 BARRIO LOS PINOS
Teléfono: 3209206229
BUCARAMANGA

Asunto: Requisitos para calificación de origen – plazo de entrega a NUEVA EPS: 30 días

Reciba un cordial saludo

Respetado señor HERNANDO ROJAS QUIÑONES C.C. 91205254 comedidamente le informamos que en cumplimiento de la legislación vigente, es decir, la resolución 2569 de 1999 artículo 16, el decreto 019 de 2012 artículo 142, los decretos 2463 de 2001, 1352 de 2013 artículo 30, y 1477 de 2014, se le inicia proceso de calificación de origen por sospecha de enfermedad laboral de los diagnósticos:

1. EPICONDILITIS MEDIA
2. SINDROME DE TUNEL CARPIANO

De acuerdo al artículo 30 del Decreto 1352 de 2013 se hace necesario aportar de manera prioritaria los siguientes requisitos mínimos, los cuales deben ser suministrados por usted y por su empresa o última empresa en la que trabajó, en un único expediente antes de 30 días calendario, **para radicación en cualquiera de nuestras oficinas de atención al afiliado, a nombre de MEDICINA LABORAL**, si los documentos no son entregados en ese término se procederá a actuar conforme el parágrafo 1° del artículo 30 del Decreto 1352 de 2013, los requisitos son los siguientes:

Requisitos afiliado:

1. Fotocopia simple del documento de identidad ampliada al 150%.
2. Calificación de origen realizado por la EPS Instituto de Seguros Sociales, ARL, Juntas Regionales de Calificación de Invalidez y/o Junta Nacional de Calificación de Invalidez.
3. Certificado de la afiliación a la ARL
4. Certificado de la afiliación al Fondo de Pensiones
5. Copia completa de la historia clínica de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud donde haya sido atendido, relacionada con las enfermedades en estudio
6. Concepto de ortopedia o fisioterapia o cirugía de mano, relacionadas con las enfermedades en estudio
7. Reporte completo legible de Electromiografía de miembros superiores (con la cual le fue realizado el diagnóstico síndrome de túnel carpiano, donde se puedan verificar todos los datos)
9. Versión libre con Descripción de actividades laborales y extra laborales (pasatiempos, deportes, manualidades, etc.) firmada por el afiliado, con descripción detallada de las actividades que realiza con respecto a movilización de cargas y movimientos repetitivos columna cervical y miembros superiores.
10. Autorización de conocimiento de historia clínica. (Formato Anexo)
11. Dirección de correo electrónico
12. Exámenes de laboratorio: TSH, Factor Reumatoide (RA Test)

Requisitos Empleador:

. Evaluación de puestos de trabajo relacionado con la enfermedad en estudio, que evalúe los factores de riesgo físico: vibración segmento mano y brazo y ergonómico: carga física miembros superiores; los factores de riesgo ergonómico: carga física segmento antebrazo – mano.

NOTAS:

1. La entrega de la evaluación de puesto de trabajo es OBLIGATORIA para todos los empleadores.

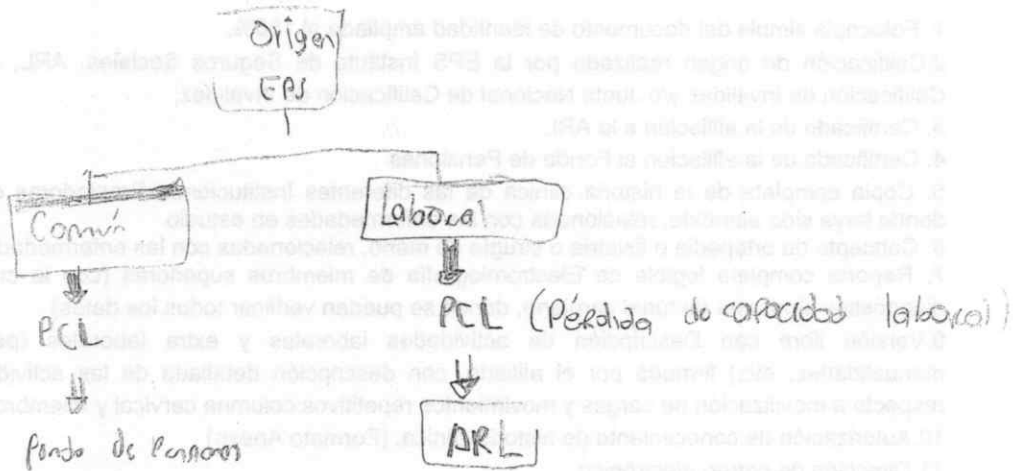
2. Para los casos en que el usuario/trabajador haya sido reubicado de cargo, la evaluación de puesto de trabajo debe incluir la valoración o reconstrucción de riesgos de los cargos que desempeñó previo a la reubicación laboral.
3. El análisis de puesto de trabajo por homologación o tipo cargo para determinar origen es válido para los casos en los que el usuario/trabajador se encuentre en incapacidad continua y prolongada.
4. El análisis de puesto de trabajo por homologación o tipo por cargo es válido cuando se vaya a calificar a un trabajador que desempeña las mismas tareas/actividades que realizan otros usuarios/trabajadores de la empresa en ese mismo cargo y que haya sido realizado dentro del programa de Salud Ocupacional / Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.
5. El análisis de puesto de trabajo por homologación o tipo por cargo es válido cuando el trabajador a calificar ya no se encuentra laborando en la empresa donde se expuso al factor de riesgo que presuntamente le ocasionó la enfermedad.
6. Para la evaluación de factores de riesgo psicosocial (batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial), este debe ser aplicada directamente al usuario/trabajador, es decir no se acepta este tipo de evaluación por homologación o tipo cargo.
7. La entrega del análisis de puesto de trabajo NO es OBLIGATORIA para trabajadores independientes afiliados a Administradoras de Riesgos Laborales, trabajadores del servicio doméstico y/o taxistas.

Cordialmente,



COORDINACION DE MEDICINA LABORAL
Regional Nororienté
Nueva EPS

Original: Medicina Laboral - Regional Nororienté
 Copia: ALCALDIA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA CALLE 35 N° 10 43 PISO 2 BUCARAMANGA
 Elaboró: Delsy V.





ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

Patient: HERNANDO ROJAS QUINONES **DOB:** **Physician:** DR. JUAN TRILLOS VARGAS
Sex: Male **Height:** cm **Ref Phys:** DR. CARLOS AUGUSTO ARENAS
ID#: 91205254 **Weight:** kg **Technician:** NUEVA EPS

Nerve Conduction Studies

Anti Sensory Summary Table

Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm P-T Amp	Site1	Site2	Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Anti Sensory (2nd Digit)											
Wrist		3.8	<3.6	40.7	>10	Wrist	2nd Digit	3.8	14.0	37	>39
Left Ulnar Anti Sensory (5th Digit)											
Wrist	NR		<3.7		>15.0	Wrist	5th Digit		14.0		>38

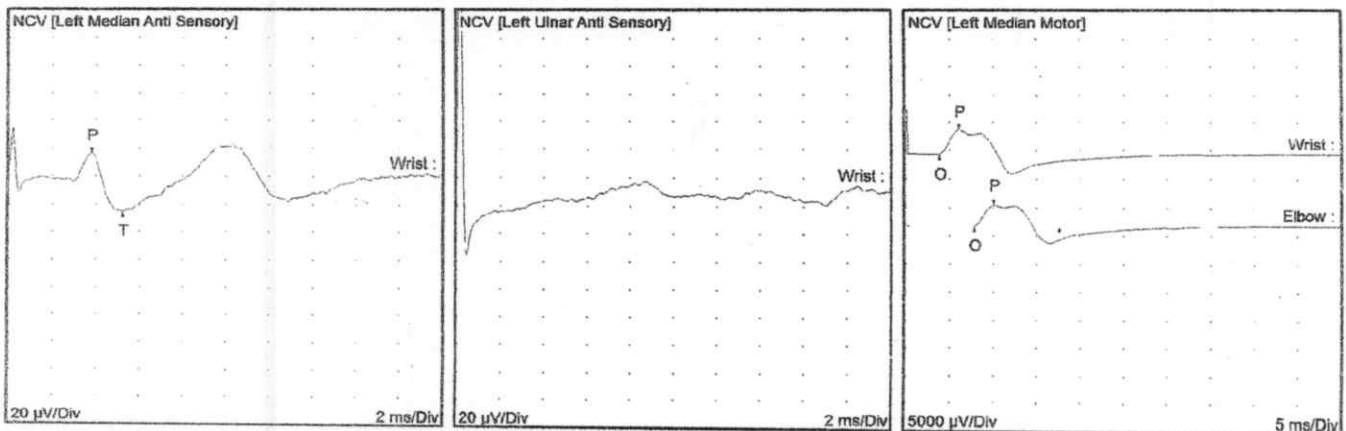
Motor Summary Table

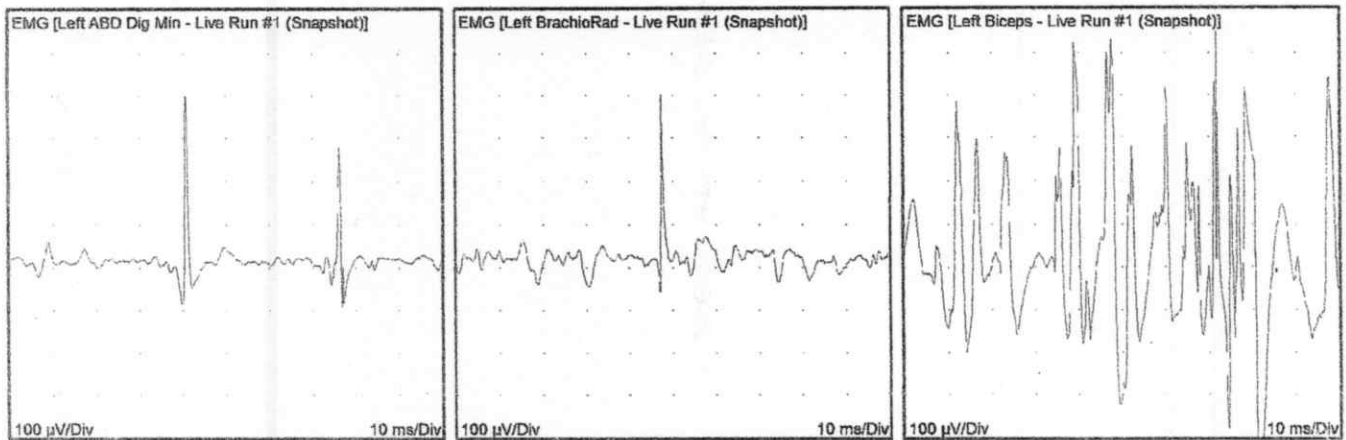
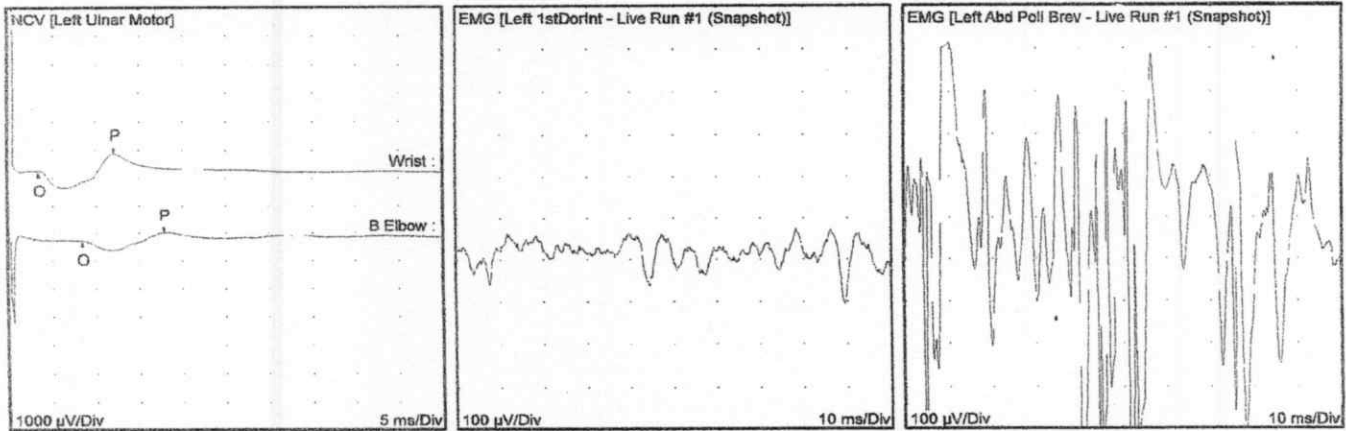
Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm O-P Amp	Site1	Site2	Delta-0 (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Motor (Abd Poll Brev)											
Wrist		3.9	<4.2	4.4	>5	Elbow	Wrist	4.0	21.0	53	>50
Elbow		7.9		3.8							
Left Ulnar Motor (Abd Dig Minimi)											
Wrist		3.4	<4.2	0.6	>3	B Elbow	Wrist	5.0	24.0	48	>53
B Elbow		8.4		0.3							

EMG

Side	Muscle	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	Psw	Amp	Dur	Poly	Recrt	Int Pat	Comment
Left	Abd Poll Brev	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	ABD Dig Min	Ulnar	C8-T1	Incr	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	AUSENTE Y ATROFIA
Left	1stDorInt	Ulnar	C8-T1	Incr	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	AUSENTE Y ATROFIA
Left	FlexCarRad	Median	C6-7	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	PronatorTeres	Median	C6-7	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	BrachioRad	Radial	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Biceps	Musculocut	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	50%	
Left	Deltoid	Axillary	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	

Waveforms:





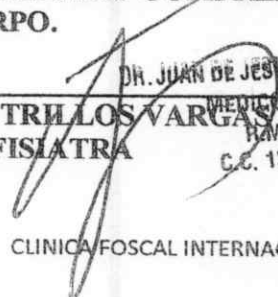
INTERPRETACION:

Needle evaluation of the Left abductor digiti minimi and the Left first dorsal interosseous muscles showed increased insertional activity. The Left biceps muscle showed decreased interference pattern. All remaining muscles (as indicated in the following table) showed no evidence of electrical instability.

Evaluation of the Left median motor nerve showed reduced amplitude (4.4 mV). The Left ulnar motor nerve showed reduced amplitude (0.6 mV) and decreased conduction velocity (B Elbow-Wrist, 48 m/s). The Left median sensory nerve showed prolonged distal peak latency (3.8 ms) and decreased conduction velocity (Wrist-2nd Digit, 37 m/s). The Left ulnar sensory nerve showed no response (Wrist).

CONCLUSION:

1. LESION COMPLETA DEL NERVIIO CUBITAL IZQUIERDO A NIVEL DEL CODO, SIN NINGUN SIGNO DE REGENERACION.
2. MODERADA COMPRESION DEL NERVIIO MEDIANO IZQUIERDO A NIVEL DEL CARPO.


DR. JUAN TRILLOS VARGAS
 MÉDICO FISIATRA
 M.M. 1982
 C.C. 13.806.302

Original

Historia Clínica Medica

PROFESIONAL: EFRAIN ROMAN PEREZ **ESPECIALIDAD:** MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
REGISTRO: 1978 **PACIENTE:** HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ

Datos de identificación

Nombre	HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ	Documento de identificación	91205254
Fecha de nacimiento	10/01/1958	Edad	62 Años
Municipio de origen	BUCARAMANGA	Municipio de residencia	BUCARAMANGA
Estado civil	UNION LIBRE	Estrato	3
Escolaridad	TECNICA PROFESIONAL	Ocupación	Auxiliares administrativos y afines
Etnia	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad	Sin Discapacidades
Desplazado	NO	Familias en acción	NO
Dirección	CL 29A 8E 91 LA CUMBRE	Teléfono	318-3920
Genero	Masculino	Religión	Catolica
Celular	(318) 329-2078 No tiene o no suministra	Correo electrónico	

PROFESIONAL QUE REALIZO LA ATENCION: EFRAIN ROMAN PEREZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Motivo de consulta y enfermedad actual

Último motivo de consulta:
 * EL PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO CON GRIPA O CON TOS EN LOS ULTIMOS 30 DIAS. * EL PACIENTE REFIERE NO HABER ESTADO EN CONTACTO CON NINGUN EXTRANJERO Y CON NINGUNA PERSONA QUE HAYA ESTADO CON COVID- 19. * EL PACIENTE VIENE CON TAPABOCAS. NOTA: SE REALIZA LAVADO DE MANOS SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS EN LOS CINCO MOMENTOS EN TECNICA Y DURACION, ADEMAS SE UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE PROTECCION DEL PACIENTE PARA COVID- 19, TAMBIEN SE REALIZA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DESPUES DE LA ATENCION DE CADA PACIENTE.

Última enfermedad actual:
 PACIENTE A CONTROL CON HISTORIA DE TRAUMA ANTIGUO CON FX DE CODO IZQUIERDO QUE OCASIONO LESION CUBITAL CONFIRMADA POR ELECTROMIOGRAFIA 04/03/16

Revisión de síntomas por sistema

Piel y Anexos	No refiere
Ojos	No refiere
Orl	No refiere
Cuello	No refiere
Cardiovascular	No refiere
Pulmonar	No refiere
Digestivo	No refiere
Genital/Urinario	No refiere
Musc. Esquel.	No refiere

Profesional: EFRAIN ROMAN PEREZ - 23/07/2020

DX PARALISIS CUBITAL TARDIA IZQUIERDA.

SECUELAS DE FX CODO IZQUIERDO

SS IC CIRUGIA DE MANO

SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO

SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN

SS TERAPIA FISICA # 15 SESIONES

PROGRAMA FUNCIONAL MANO Y CODO IZQUIERDO.

INSTRUCCIONES PARA SEGUIR EJERCICIOS EN PLAN CASERO

SE FORMULA : PREGABALINA 75 MG # 90 TOMAR 1 CAPS DIARIA EN LA NOCHE POR TRES MESES

SE FORMULA : HIDROCODONA 5MG+ACETAMINOFEN 325MG TABLETAS # 20 TOMAR 1 TAB DIARIA DURANTE DIEZ DIAS

SE DA DE ALTA POR ESTE SERVICIO

Incapacidad médica

Requiere incapacidad médica

Historico de incapacidades medicas

Fecha inicial	Fecha final	Fecha impresión	Días inc.	Días acum.	Dx	Medico
21/07/2020	23/07/2020	21/07/2020	3	0	G569	ANGEL RENE CHAVES RANGEL
14/07/2020	20/07/2020	14/07/2020	7	0	G569	MARIA FERNANDA JAMZA MEJIA
26/04/2019	26/04/2019	26/04/2019	1	0	A09X	DIANA CRISTINA AMAYA ACERO
24/04/2019	25/04/2019	24/04/2019	2	0	K529	DIANA CRISTINA AMAYA ACERO
02/08/2018	02/08/2018	02/08/2018	1	0	R42X	ANGEL RENE CHAVES RANGEL
01/06/2015	03/06/2015	01/06/2015	3	0	J029	MATHEW MERINO MANTILLA
02/10/2014	03/10/2014	02/10/2014	2	0	M549	DORA PATRICIA PRADA BARAJAS
27/06/2013	28/06/2013	27/06/2013	2	0	J019	DORA PATRICIA PRADA BARAJAS
24/05/2013	25/05/2013	24/05/2013	2	0	J329	JENNY TATIANA HERNANDEZ CACERES

Guardar

Salir22

Interconsulta de apoyo médico

Usuario

Contraseña

Autenticar

Abdomen Normal
 Genitales Normal
 Extremidades BUENA FUNCION DE HOMBRO IZQUIERDO, CODO CON LIMITACION FUNCIONAL EN FLEXIO A 95°, EXTENSION A -60°, SUPINACION Y PRONACION DE PUÑO LIMITADOS EN ULTIMOS GRADOS, ARTROFIA DE MUSCULATURA INTRINSECA CUBITAL DE MANO, BUEN TROFISMO TENAR, HIPOESTESIA CUBITAL. LIMITACION PARA LA FUNCION DE LA OPOSICION ,
 Neurológico Normal
 Otros Normal

Artritis reumatoidea
 Click sobre el icono + para desplegar.

EPOC
 Click sobre el icono + para desplegar.

Esquema de vacunación
 Click sobre el icono + para desplegar.

Diagnósticos

Diagnósticos anteriores

23/07/2020 Código: G568 Dx Ppal: OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

Tipo Diagnóstico Ppal: Impresión Diagnóstica Causa externa: Enfermedad General

Finalidad de Consulta: No Aplica

Conducta

Fecha	Especialidad	Referencia	Medico	
23/07/2020	CIRUGIA DE LA MANO	SS IC CIRUGIA DE MANO	EFRAIN ROMAN PEREZ	<input type="button" value="Contrareferencia"/>
23/07/2020	OTRAS	SE FORMULA : PREGABALINA 75 MG # 90 TOMAR 1 CAPS DIARIA EN LA NOCHE POR TRES MESES SE FORMULA : HIDROCODONA 5MG+ACETAMINOFEN 325MG TABLETAS # 20 TOMAR 1 TAB DIARIA DURANTE DIEZ DIAS	EFRAIN ROMAN PEREZ	<input type="button" value="Contrareferencia"/>
23/07/2020	OTRAS	SS TERAPIA FISICA # 15 SESIONES PROGRAMA FUNCIONAL MANO Y CODO IZQUIERDO. INSTRUCCIONES PARA SEGUIR EJERCICIOS EN PLAN CASERO	EFRAIN ROMAN PEREZ	<input type="button" value="Contrareferencia"/>
23/07/2020	SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO	SS IC MEDICINA LABORAL DE LA EPS PARA CALIFICACION DE ORIGEN	EFRAIN ROMAN PEREZ	<input type="button" value="Contrareferencia"/>
23/07/2020	SALUD OCUPACIONAL O MEDICA DE TRABAJO	SS IC SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA PARA VALORAR Y CONSIDERAR RESTRICCIONES SEGUN FUNCIONES DEL CARGO	EFRAIN ROMAN PEREZ	<input type="button" value="Contrareferencia"/>

Información Asociada Externa a la Historia Clínica

Prescripciones NOPBS (Elementos Descargados)

Usuario sin elementos descargados

Resumen y comentarios

Fecha

DÍA	MES	AÑO
03	06	2011

Nombre Hernando Rojas Amores

Favor traer Rx

tomada el 01/02/11.




CENTRAL DE CITAS IPS SURA
MEDICINA DEL TRABAJO, VACUNACIÓN, SALUD VISUAL, ODONTOLÓGIA
C.C. 37.841.76
C.M. 115

VERIARDO SUPERINTENDENTE

Firma

Central de Citas IPS Sura
Medicina del Trabajo, Vacunación, Salud Visual, Odontología.
Medellín: 513 75 99 - Bogotá: 404 25 77 - Cali: 644 22 33 - Barranquilla: 330 22 33.

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.

RRP
SURA

EPS | SURA

Fecha

DÍA	MES	AÑO
24	6	2011

Nombre Hernando Rojas Quiñones
Cc 91205254

SS valoración
Cinyano mono
Clinica La Riviere

IPS Sura

DR. JOSEANA GOMEZ ROJAS
Médica y Cirujana
UIS

Firma

Central de Citas IPS Sura
Medicina del Trabajo, Vacunación, Salud Visual, Odontología.
Medellín: 513 75 99 - Bogotá: 404 25 77 - Cali: 644 22 33 - Barranquilla: 330 22 33.

F-037 Versión 2 **apotema**

www.epssura.com

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.

ARP SURH

Fecha

DÍA	MES	AÑO
5	9	2011

Nombre Hernando Rojas Quintero
Cc 91205259

25 valoración y
ortopedia clinica
la Rivera
112 ~~526~~ Fractura - Perfora
50 dedo men 119

www.epssura.com

Firma

Central de Citas IPS Sura
Medicina del Trabajo, Vacunación, Salud Visual, Odontología.
Medellín: 513 75 99 - Bogotá: 404 25 77 - Cali: 644 22 33 - Barranquilla: 330 22 33.

F-037 Versión 2 

www.epssura.com



SOLICITUD IMAGENOLOGIA

AGOSTO 22 DE 2011

Entidad SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES
Paciente ROJAS QUIÑONEZ HERNANDO CC 91,205,254 Sexo M
Edad 53 Lateralidad Ocupación

Examen/Procedimiento	Cant
- 883511 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES	Uno
RESONANCIA MAGNETICA DE MANO IZQUIERDA: LESION DE TENDON FLEXOR???	

Diagnosticos

S661 TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A N


CESAR AUGUSTO ABRIL GAONA

Firma del Médico

28. enoto.

22/AGO/2011 02:50 P.M.

Entidad SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES
 Paciente ROJAS QUIÑONEZ HERNANDO CC 91,205,254 Sexo M
 Edad 53 Lateralidad Diestro Ocupación AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Motivo TRAUMA DEDO MEÑIQUE MANO IZQUIERDA.

Consulta

Enfermedad Actual EL DIA 28 DE ENERO DE 2011 SUFRIO TRAUMA EN EXTENSION FORZADA DEL DEDO MEÑIQUE CON POSTERIOR DOLOR Y LIMITACION PARA LA FLEXION DEL MISMO DEDO. SE ATENDIO EN LA CLINICA CHICAMOCHA Y SE TOMO RX EN DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA ANTIGUA DEL PENACHO DEL INDICE, EN EL MEÑIQUE NO SE VEN LESIONES OSEAS.

Antecedente P F **Observaciones**

QUIRURGICOS		CIRUGIA POR FRACTURA?? DE CODO IZQUIERDO. RESECCION PTERIGIO
ALERGICOS		NO

Sistemas Anormales

Extremidades	Descripcion
	MANO IZQUIERDA: ACTITUD EN EXTENSION DE DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO. SIN DEFICIT SENSITIVAO NI MOTOR.

Sistemas Normales

Cabeza	Abdomen	Sistema Nervioso
Piel	Organos de los sentidos	Cardiovascular
Pulmonar	O.R.L.	Cuello
G.U.	Osteomusculoarticular	Aspecto General
Via Aerea		

Análisis

PACIENTE CON PROBABLE LESION DE TENDON FLEXOR DE DEDO MEÑIQUE ??? SE SOLICITA RESONANCIA MAGNETICA DE LA MANO IZQUIERDA. SIN NO HAY CLARIDAD SE CITA A JUNTA MEDICA.

Diagnosticos

S661 TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Plan

- 1 TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295) CANT = 10
- 2 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - CONSULTA DE CONTROL CANT = 1
- 3 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES CANT = 1



CESAR AUGUSTO ABRIL GAONA

Firma del Médico



OTRAS SOLICITUDES

AGOSTO 22 DE 2011

Entidad SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES
Paciente ROJAS QUIÑONEZ HERNANDO CC 91,205,254 Sexo M
Edad 53 Lateralidad Ocupación

Examen/Procedimiento	Cant
- 890302 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - CONSULTA DE CONTROL	1 Uno

CITA CON RESULTADO DE RESONANCIA SOLICITADA

Diagnosticos

S661 TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A N

CESAR AUGUSTO ABRIL GAONA

Firma del Médico

Historia Clínica

Desde: 01/01/2010 Hasta: 31/12/2015

Entidad SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A

Paciente HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ

CC 91,205,254

Sexo Masculino

Edad 61

Lateralidad Diestro

Ocupación AUXILIAR ADMINIS

Fecha: 22/08/2011 2:50:00p. m.

Médico: CESAR AUGUSTO ABRIL GAONA

Empresa: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A

Especialidad: Ortopedia y Traumatología

Tipo Consulta: Consulta Externa

Motivo

TRAUMA DEDO MEÑIQUE MANO IZQUIERDA.

Consulta

EL DIA 28 DE ENERO DE 2011 SUFRIÓ TRAUMA EN EXTENSION FORZADA DEL DEDO MEÑIQUE CON POSTERIOR DOLOR Y LIMITACION PARA LA FLEXION DEL MISMO DEDO. SE ATENDIO EN LA CLINICA CHICAMOCHA Y SE TOMO RX EN DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA ANTIGUA DEL PENACHO DEL INDICE, EN EL MEÑIQUE NO SE VEN LESIONES OSEAS.

Resultados Exámenes

Antecedente	P	F	Observaciones	Antecedente	P	F	Observaciones
QUIRURGICOS			CIRUGIA POR FRACTURA?? DE CODO IZQUIERDO. RESECCION PTERIGIO				
ALERGICOS			NO				

Revisión x Sistema

Examen Fisico	Peso (kg)		Talla (cm)		IMC	T.A.
	T.	P.	F.R.			

Sistema	Normal	Anormal	Descripcion
Cabeza	X		
Abdomen	X		
Sistema Nervioso	X		
Piel	X		
Extremidades		X	MANO IZQUIERDA: ACTITUD EN EXTENSION DE DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO. SIN DEFICIENCIA MOTORA.
Organos de los sentidos	X		
Cardiovascular	X		
Pulmonar	X		
O.R.L.	X		
Cuello	X		
G.U.	X		
Osteomusculoarticular	X		
Aspecto General	X		
Via Aerea	X		

Análisis

PACIENTE CON PROBABLE LESION DE TENDON FLEXOR DE DEDO MEÑIQUE ??? SE SOLICITA RESONANCIA MAGNETICA DE LA MANO IZQUIERDA. SIN NO HAY CLARIDAD SE CITA A JUNTA MEDICA.

Diagnosticos

S661 TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

PLAN Y TRATAMIENTO

TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295) CANT = 10

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - CONSULTA DE CONTROL CANT = 1

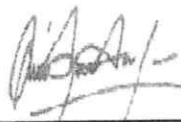
RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES CANT = 1

ORDENES MEDICAS

RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES, Cantidad= 1 - RESONANCIA MAGNETICA DE MANO IZQUIERDA: LESION DE TENDON FLEXOR???

TERAPIA FISICA INTEGRAL PAQUETE I, Cantidad = 10 - MOVILIDAD PASIVA DE DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO.

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, Cantidad = 1 - CITA CON RESULTADO DE RESONANCIA SOLICITADA



Firma y sello del Médico

Entidad SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES

Paciente ROJAS QUIÑONEZ HERNANDO

CC 91,205,254

Sexo M

Edad 53

Lateralidad Diestro

Ocupación AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Motivo TRAUMA DEDO MEÑIQUE MANO IZQUIERDA.

Consulta

Enfermedad Actual EL DIA 28 DE ENERO DE 2011 SUFRIÓ TRAUMA EN EXTENSION FORZADA DEL DEDO MEÑIQUE CON POSTERIOR DOLOR Y LIMITACION PARA LA FLEXION DEL MISMO DEDO. SE ATENDIO EN LA CLINICA CHICAMOCHA Y SE TOMO RX EN DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA ANTIGUA DEL PENACHO DEL INDICE, EN EL MEÑIQUE NO SE VEN LESIONES OSEAS.

Antecedente

P F Observaciones

QUIRURGICOS

CIRUGIA POR FRACTURA?? DE CODO IZQUIERDO.
RESECCION PTERIGIO

ALERGICOS

NO

Sistemas Anormales

Descripcion

Extremidades

MANO IZQUIERDA: ACTITUD EN EXTENSION DE DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO. SIN DEFICIT SENSITVAO NI MOTOR.

Sistemas Normales

Cabeza

Abdomen

Sistema Nervioso

Piel

Organos de los sentidos

Cardiovascular

Pulmonar

O.R.L.

Cuello

G.U.

Osteomusculoarticular

Aspecto General

Via Aerea

Análisis

PACIENTE CON PROBABLE LESION DE TENDON FLEXOR DE DEDO MEÑIQUE ???? SE SOLICITA RESONANCIA MAGNETICA DE LA MANO IZQUIERDA. SIN NO HAY CLARIDAD SE CITA A JUNTA MEDICA.

Diagnosticos

S661 TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Plan

- 1 TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295) CANT = 10
- 2 ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA CONSULTA DE CONTROL CANT = 1
- 3 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES CANT = 1


CESAR AUGUSTO ABRIL GAONA

Firma del Médico

Entidad SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES
Paciente ROJAS QUIÑONEZ HERNANDO CC 91,205,254 Sexo M
Edad 53 Lateralidad Ocupación

Examen/Procedimiento	Cant
- 883511 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES	Uno
RESONANCIA MAGNETICA DE MANO IZQUIERDA: LESION DE TENDON FLEXOR???	

Diagnosticos
S661 TRAUMATISMO DEL TENDON Y MUSCULO FLEXOR DE OTRO DEDO A M


CESAR AUGUSTO ABRIL GAONA
Firma del Médico

*Cesar Augusto Abril Gaona
C.R. 100383511
Centro de Diagnóstico y Codo
Los Buecos, Ruta 1135 de*

28. agosto.



PACIENTE HERNANDO ROJAS QUINONEZ
 IDENTIFICACION CC - 91205254
 EPISODIO 10832

NIT. 890205361-4

EPICRISIS

DATOS DEL PACIENTE

Nombre	HERNANDO ROJAS QUINONEZ	Identificación	CC - 91205254
F. Nacimiento	10.01.1958	Sexo	Masculino
Fecha ingreso	23.07.2013	Edad	61 Apos
Hora Ingreso	07:04:13	Fecha egreso	23.07.2013
		Aseguradora	CAPI NUEVA EPS
		Hora Egreso	12:14:51

HISTORIA CLINICA DE INGRESO

Ubicación : En Consulta Externa

ANAMNESIS

Raza	: --	Sistema de creencias	: --
Estado civil	: --	Nivel de escolaridad	: --
Ocupación	: --	Empleador/empresa	: --

Motivo de consulta

presencia de hernia

Enfermedad actual

paciente quien desde hace 5 apos, presenta en masa region inguinal bilateral con aumento de tamapo. refiere dolor, reduce manualmente.

REVISION POR SISTEMAS

OTROS : niega

ANTECEDENTES PERSONALES

Quirúrgicos

fractura codo izquierdo

Antecedentes Familiares

niega

EXAMEN FISICO POR REGIONES

-PARED ABDOMINAL

Anormal : Si

Hallazgos

masas inguinales bilaterales de 8 cm, reducible.

DIAGNOSTICO DE INGRESO Y PLAN

DIAGNOSTICOS

Código : K402

Descripción : HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Tipo : Confirmado Nuevo Clasificación : Diag. Principal

Causa externa : Enfermedad general

Plan



PACIENTE HERNANDO ROJAS QUINONEZ
IDENTIFICACION CC - 91205254
EPISODIO 10832

NIT. 890205361-4

se considera realizar correccion quirurgica de la hernia inguinal. Se explican ventajas, posibles riesgos y complicaciones del procedimiento las cuales comprende y acepta.

Clasificacion atencion : Consulta Externa

Responsable de la elaboracion de la HC de ingreso

Nombre : Doctora GOMEZ RODRIGUEZ, LAURA CRISTINA Registro: Especialidad : MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARI

Nombre : Registro : Especialidad :

EVOLUCION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICOS

Codigo : K402 Fecha : 20130722
Descripcion : HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
Tipo : Diag. Principal Estado : Confirmando Nuevo

ORDENES CLINICAS

Fecha Solicitud : 20130722 Hora Solicitud : 123954
Responsable de Ordenar : Doctora GOMEZ RODRIGUEZ, LAURA CRISTINA
Orden :
Descripcion : prestacion Ancla Cirugva

Fecha Solicitud : 20130722 Hora Solicitud : 123954
Responsable de Ordenar : Doctora GOMEZ RODRIGUEZ, LAURA CRISTINA
Orden : 0000530500
Descripcion : HERNIORRAFIA INGUINAL CON INJERTO O PROT

OTRAS PRESTACIONES

Fecha Solicitud : 20130723 Hora Solicitud : 000001
Descripcion : REPARACION BILATERAL DE HERNIA INGUINALI

INDICACIONES MEDICAS

PRESCRIPCIONES AMBULATORIAS

FECHA	HORA	DESCRIPCION	POSOLOGNA
121300	20130723	DICLOFENACO 75MG SOL INY AMP 3ML	1,00 AMP, INTRAVENOSA, Cada 12 Horas, 7. Dias
121300	20130723	ACETAMINOFEN 500MG TAB	1,00 TAB, ORAL, Cada 8 Horas, 7. Dias

PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES

INTERVENCIONES

Fecha Intervencion : 23.07.2013 Hora Intervencion : 10:30
Intervencion Cod : 0000530500 Descripcion : HERNIORRAFIA INGUINAL CON INJERTO O PROTESIS SOD
Finalidad del procedimiento : Terapeutico Condicion de Egreso : Vivo
Responsable : Dr. RODRIGUEZ ROJAS, ALFONSO ORLANDO Reg. Mdico : 11898
Especialidad : CIRUGIA GENERAL



NIT. 890205361-4

Hallazgos

DEFECTO DE PARED POSTERIOR BILATERAL CON SACO HJERRNIARIO

Descripcion del procedimiento

INCISION INGUINAL DERECHA INCISION T.C.S. INCISION APONEUROSIS DISECCION DE SACO HERNIARIO DISECCION DER CORDON ESPERMATICO

SE FIJA MALLA A LIGAMENTO DE COOPER Y A TENDON CONJUNTO CIERRE POR PLANOS IGUAL PROCEDIMIENTO CONTRALATERAL

Complicaciones : No

RECORD DE ANESTESIA

Riesgo Anestésico

Anestesia Inicio 23.07.2013 Hora: 10:15

Anestesia Fin

Clasificacion de la Cirugia Normal Horas de Ayunos 8 ASA I

Clase Funcional Camina por una cuesta paso rapido (6 Km/H) NYHA : II

Revisión Máquina Anestesia

Revisión Máquina X Laringoscopia X Monitores X Flujo O2 X

Tubo X Energía X Succión X

Estado Dentadura

Estado Dentadura Bueno Dientes Flojos No

Protesis No

Protesis	Fija	Removible	Parcial	Total
----------	------	-----------	---------	-------

Protesis Superior	No	No	No	No
-------------------	----	----	----	----

Protesis Inferior	No	No	No	No
-------------------	----	----	----	----

Acceso Vascular

Arterial No Calibre 0,00 FR Cual ?

Venosa Central No

Presión Arterial Invasiva No Presión Venosa Central No

Cual ? Cual ?

Monitoreo

Oxímetro Si PVC No Analizador de Gases No PANI Si

P. Evocados Capografo ECG Derivacion Camina por una cuesta paso rapido (6 Km/H)

Gastos Urinarios No Otros No Temperatura No

Observaciones

Evaluación Vía Aérea

Apertura Bucal >4 Distancia Mentohioidea > 6.5

Mallampati I Movilidad de la columna cervical (%) > 110

Puede desplazar la mandíbula sobre el maxilar superior SI Peso <90

Clase Inducción Intravenosa

Clase Intubación Orotraqueal

Laringoscopia Óptica No

Laringoscopia (Grado) II - La porción Superior de la Glotis es visible

Observaciones Intubación con kingvision



PACIENTE HERNANDO ROJAS QUINONEZ
 IDENTIFICACION CC - 91205254
 EPISODIO 10832

NIT. 890205361-4

Intubacion Facil

Observaciones Preanestesia

Modo Ventilatorio

Modo Ventilatorio A/C (ventilacion Asistida-controlada)

Relacion I/E

F/Respe. 12

VT 700

FIO2 100

Responsable Doctora OROZCO GALVIS, ELBA ROCIO

Diagnostico

Codigo K402
 Nombre Diagnostico HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
 Tipo Diagnostico Confirmado Nuevo
 Responsable Doctora OROZCO GALVIS, ELBA ROCIO

Tecnica Anestesia

Regional No General Si Sedacion Asistida No Topica No
 Sedacion Analgesia No Sedacion No Tiva No
 Otra No Cual General balanceada con sevorane inh + remifentanil IV

REGISTRO ANESTESIA

Medicamentos

Descripcion PROPOFOL 200 MG EMUL INY AMP 20ML
 Liquido No
 Cantdad 200,00
 Unid. Medida mg

Descripcion CISATRACURIO BESILATO 10MG AMP 5ML
 Liquido No
 Cantdad 8,00
 Unid. Medida mg

Descripcion FENTANILO CITRATO 0.05MG/ML AMP 10ML
 Liquido No
 Cantdad 200,00
 Unid. Medida mcg

Descripcion MIDAZOLAM 5MG/5ML SOL INY AMP 5ML
 Liquido No
 Cantdad 2,00
 Unid. Medida mg

Descripcion REMIFENTANIL 2MG POL LIOF SOL INY (ULTIVA)
 Liquido No
 Cantdad 2,00
 Unid. Medida mg

Descripcion SEVOFLURANO 100% FCO250ML SOL INH

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
 Archivo de FOSCAL



PACIENTE HERNANDO ROJAS QUINONEZ
 IDENTIFICACION CC - 91205254
 EPISODIO 10832

NIT. 890205361-4

Liquido	No
Cantidad	20,00
Unid. Medida	cc
Alerta	
Observaciones	Analgesia IV: Dexametasona 8 mg Dipirona 2,5 gm Diclofenac 75 mg Plasil 10 mg Tramal 100 mg Morfina 3 mg

Otros Datos

Post Anestesia
 Observaciones
 Complicaciones No complicaciones

Equipo Quirurgico

Tarea	ANESTESIAR
Profesional	OROZCO GALVIS ELBA ROCIO
Tarea	CIRCULAR
Profesional	ALVAREZ RAMIREZ JULIAN ANDRES
Tarea	INSTRUMENTAR
Profesional	SERRANO LARROTA ANGELA PATRICIA
Tarea	OPERAR
Profesional	RODRIGUEZ ROJAS ALFONSO ORLANDO

Condiciones de Salida

Intubado Si
 Reflejos Si
 Destino del paciente Recuperacion

EGRESO

Fecha / Hora : 23.07.2013
 Servicio egreso : En Consulta Externa
 Causa de egreso : Alta (Vivo)
 Diagnostico de egreso
 Codigo : K402
 Descripcion : HERNIA INGUINAL BILATERAL, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA
 Condiciones generales de la salida
 BUENAS
 Plan de egreso
 SE DAN RECOMENDACIONES
 Incapacidad funcional : --
 Lugar remision :
 Responsable del egreso : Dr. RODRIGUEZ ROJAS, ALFONSO ORLANDO Reg. Medico : 11898
 Especialidad : CIRUGIA GENERAL

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
 ARCHIVO N.C. FOSCAL

Responsable de la elaboracion de la Epicrisis

Nombre : Dr. RODRIGUEZ ROJAS, ALFONSO ORLANDO Registro : 11898
 Especialidad : CIRUGIA GENERAL
 Fecha impresion : 22.05.2019 Hora impresion : 14:52:25

Bucaramanga, 10 de mayo del 2019

CE201953003482

Señor
HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ
C.C. 91205254
Kra 37 # 10-59 Brr El diviso
Tel 3209206229
Bucaramanga – Santander

Asunto: Respuesta a Derecho de Petición

Respetada Sr Rojas :

Reciba un cordial saludo. En atención a su comunicado emitido el 10 de abril de 2019 y radicado, en el que solicita "copia de la historia clínica del 2011 al 2015 ", nos permitimos informar:

Para la ARL SURA no es posible dar trámite a su solicitud, ya que las historias clínicas de las atenciones recibidas a causa de sus eventos laborales no reposan en nuestro sistema, sino en cada una de las instituciones donde usted ha recibido servicio.

Por lo anterior, es necesario que usted eleve su petición directamente a la entidad donde fue atendido, toda vez que la custodia y manejo respectivo de la historia clínica, está cargo de los prestadores de servicios de salud, tal y como lo menciona la Resolución 1995 de 1999; que reza:

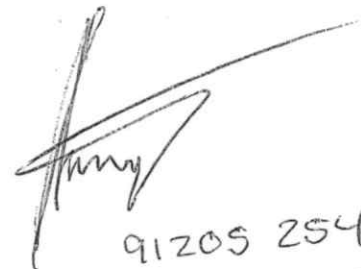
"ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes" y el reciente concepto aclaratorio del MPS: ..."(Minprotección Social, Concepto 175095, 6/22/2010) La conservación de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica está a cargo del prestador de salud ocupacional que la generó en el curso de la atención, es decir, instituciones prestadoras de salud (IPS) y médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional contratados directamente por el empleador para realizar dichas evaluaciones)".

Esperamos haber dado respuesta a su solicitud y si requiere información adicional al respecto, con gusto la resolveremos a través de la línea de atención 018000511414 ó mediante comunicación escrita dirigida a la comisión laboral.

Atentamente,



**COMISIÓN LABORAL
ARL SURA BUCARAMANGA**



91205 254
10.05.2019
9:30 AM



FORMATO NO COBERTURA PGP INTEGRAL/ PGP MUNICIPIOS

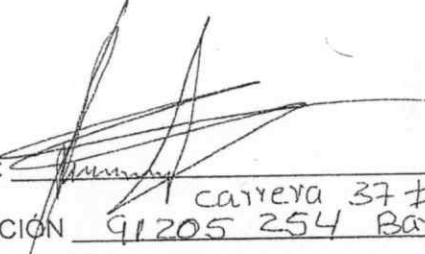
DÍA	MES	AÑO		
22	Mayo	2019		
I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO				
Tipo	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
CC	91205254	ROJAS	QUINONES	HERNANDO
Tipo Afiliación	EPS a la Cual Pertence	Tiempo de Cotización al SGSSS	Teléfonos	
COTIZANTE	NUEVA EPS PGP	274 SEM. BUCARAMANGA	6337000	
II. CLASE DE SERVICIO NO CONTRATADO POR CAPITACION				
Diagnóstico: (G562) LESION DEL NERVIIO CUBITAL				
Servicios: (890362) CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO				
III. JUSTIFICACION (Motivo de la Negativa y Fundamento Legal)				
SERVICIO/PROCEDIMIENTO/MEDICAMENTO EXCLUIDO PGP INTEGRAL				
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TRAUMA EN MANO CON LESION DE NERVIOS CUBITAL IZQUIERDO A NIVEL DE CODO, MEDICO TRATANTE REQUIERE QUE SEA VALORADO POR MEDICO LABORAL PARA DETERMINAR INVALIDEZ. EXCLUIDO PGP FOSCAL INTEGRAL				
IV. ESTADO DEL USUARIO AL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO QUE NO CORRESPONDE				
AMBULATORIO				
V. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO				
DIRIGIRSE A LA EPS A SOLICITAR LA AUTORIZACION Y/O NEGACION DEL SERVICIO.				
Nombre del Funcionario que Autoriza: ALEXANDRA MARIETH BARAJAS BLANCO Cargo: COORDINADOR(A) ENFERMERIA CONS.EXTER.BOL Firmado electrónicamente Fecha: 22/05/2019		Nombre del Solicitante del Servicio: No. Identificación <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Firma Fecha: </div>		

AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA

Yo Hernando Rojas Quiñones, identificado con C.C. No 91205 254 de Bucaramanga Autorizo a los profesionales de NUEVA EPS S.A., a consultar mi historia clínica que reposa en IPS – EPS u otras Instituciones de Salud, de conformidad con Resolución 1918 de 2009 y Decreto 2463 de 2001.

Así mismo, otorgo a los profesionales de las Juntas de Calificación de Invalidez Regional Nacional de conocer la historia que envíe NUEVA EPS S.A., en caso de ser necesario para dirimir cualquier tipo de controversia, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2463 de 2001, y la Ley 962 de 2005.

FIRMA:


DIRECCIÓN carrera 37 # 10-59
91205 254 Barrio los pinos
TELEFONO 3209206229



Huella Índice Derecho

CIUDAD: Bucaramanga, FECHA: Mayo 24 2019

PACIENTE HERNANDO ROJAS QUINONEZ
IDENTIFICACIÓN CC 91205254
EPISODIO 620851

NIT.890205361-4

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: HERNANDO ROJAS QUINONEZ **Identificación:** CC 91205254
Edad: 56 Años **Sexo:** Masculino **Tipo Atención:** Ambulatorio
Ubicación: En Apoyos Diagnósticos **Cama:**
Esp. Tratante: 3 UT CE FISIATRIA **Aseguradora:** PROGRAMA N. EPS PGP COMPLEMENTARIO
Fecha Registro: 05-ago-14 **Hora Registro:** 18:54:30

ANAMNESIS

Datos Generales:

Motivo de Consulta: Se Practico estudio de neuroconduccion y electromiografia de miembros Para detalles ver informe

Enfermedad Actual:

REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS GENERALES

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos
 Quirúrgicos fractura codo izquierdo
 Antecedentes Familiares niega

Hemoclasificación: Sin Hemoclasifi Sin Hemoclasificación

EXAMEN FÍSICO POR REGIÓN

Región	No Aplica	Normal	Anormal	Hallazgos
CABEZA				
-CABEZA			SI	
-CUERO CABELLUDO	X			
-CRÁNEO	X			
-CARA	X			
-OJOS	X			
-PABELLÓN AURICULAR	X			
-OÍDOS	X			
-NARIZ	X			
-BOCA	X			
-PARÓTIDAS	X			
CUELLO				
-CUELLO	X			
-FARINGE	X			
-LARINGE	X			
-TRÁQUEA	X			
-TIROIDES	X			
TÓRAX				
-TÓRAX	X			
-MAMAS	X			
-CORAZÓN	X			
-PULMONES	X			
ABDOMEN				
-PARED ABDOMINAL	X			

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Diagnóstico Principal: Z718 OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS

ESTE ES UNA COPIA DE 20 ORIGINAL
 ARCHIVO H.C. 1980.1

ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:5410385753

Profesional : MICHAEL VANEGAS BELTRAN Registro: 15719 Fecha : 27/08/2014 13:30 Sede : UT FOSCAL - SEDE CABECERA

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: "VENGO A TRAER LOS EXAMENES"

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA MÉDICA GENERAL POR CLÍNICA DE CLÍNICA DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADA POR PARESTESIAS Y DEBILIDAD MOTORA SUBJETIVA A NIVEL DE 4 Y 5 DEDO DE MANO IZQUIERDA CON LIMITACIÓN LEVE PARA LA FLEXOEXTENSIÓN ARTICULAR DE DICHS DEDOS. REFIERE MEJORA ESCASA CON ESQUEMA DE MANEJO MÉDICO AMBULATORIO. TRAE REPORTE DE ELECTROMIOGRAFÍA DE BRAZO IZQUIERDO DEL 05/08/2014: ESTUDIO ANORMAL, COMPATIBLE CON MONONEUROPATÍA ULNAR CON LESIÓN MIELÍNICA, LOCALIZADA A NIVEL DE CODO

REVISIÓN SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos: NO REFIERE SINTOMAS
 Ojos: NO REFIERE SINTOMAS
 Orl: NO REFIERE SINTOMAS
 Cuello: NO REFIERE SINTOMAS
 Cardiovascular: NO REFIERE SINTOMAS
 Pulmonar: NO REFIERE SINTOMAS
 Digestivo: NO REFIERE SINTOMAS
 Genital/Urinario: NO REFIERE SINTOMAS
 Musc. Esquelético: NO REFIERE SINTOMAS
 Neurológico: NO REFIERE SINTOMAS
 Otros: NO REFIERE SINTOMAS

SIGNOS VITALES

T.A: 110/80 Pulso: 74 F.R: 18 Temperatura: 36.9 Peso: 79 Kg Talla: 163 Índice de Masa: 29.73

Circunferencia Abdominal (Cms): 84

Cond. Generales: BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO

Cabeza: NORMOCEFALO, CABELLO DE ADECUADA IMPLANTACION

Ojos: CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, FUNDOSCOPIA BILATERAL NORMAL

Oidos: Normal

Nariz: Normal

Orofaringe: MUCOSA ORAL HUMEDA, FARINGE SIN ALTERACIONES

Cuello: CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS, TIROIDES NO PALPABLE

Dorso: Normal

Mamas: Normal

Cardíaco: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

Pulmonar: TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, MURMULLO CONSERVADO EN ACP, NO SOBREAgregADOS

Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, RSIS PRESENTES, NO MASAS O MEGALIAS, NO IRRITACION PERITONEAL

ES FIDELICIDAD DE BU ORIGINAL
 AREA DE FOSCAL

Genitales: Normal

Extremidades: EUTROFICAS, NO EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

Neurologico: CONCIENTE, ALERTA, GLASGOW 15/15, NO DEFICIT MOTOR O SENTIVO APARENTE, ROT +++/++++, PARES CRÁNEALES CONSERVADOS, NO SIGNOS MENINGEOS

Otros: PARESTESIAS DE 4 Y 5 DEDO DE MANO IZQUIERDA CON LIMITACION LEVE PARA LA FLEOXEXTENSION, NO SIGNOS DE ARTROPATIA

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: G569 MONONEUROPATIA DEL MIEMBRO SUPERIOR SIN OTRA ESPECIFICACION

Tipo Diagnóstico: Confirmado nuevo

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE ADULTO MEDIO CON ANTECEDENTES ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SINTOMAS DE ALARMA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA, CON CLINICA Y HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO DE PARESTESIAS DE 4 Y 5 DEDO DE MANO IZQUIERDA, SIN SIGNOS DE ARTROPATIA, CON REPORTE DE ELECTROMIOGRAFIA QUE MUESTRA MONONEUROPATIA DE NERVIU ULNAR IZQUIERDO. DADA CLINICA Y HALLAZGOS SE REMITE A A FISIATRIA

IDX
 MONONEUROPATIA ULNAR IZQUIERDA
 PARESTESIAS DE 4 Y 5 DEDO DE MANO IZQUIERDA
 SOBREPESO

PLAN
 RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
 MODIFICACIONES NUTRICIONALES Y DEL ESTILO DE VIDA
 APEGO A TRATAMIENTO
 DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA E HIPOGLUCIDA
 CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN UN MES
 SIGNOS DE RECONSULTA
 EJERCICIO AEROBIO 3 A 4 VECES POR SEMANA, 30 A 40 MINUTOS
 HIDRATACION ABUNDANTE
 SE HACE RECONCILIACION MEDICAMENTOSA
 S/S VALORACION POR FISIATRIA

FIN IMPRESION DE PAGINA

ES FOLIO COSTA DE IDENTIFICACION
 ANEXO H.C. FEB 2019

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:5411125683

Profesional : MICHAEL VANEGAS BELTRAN Registro: 15719 Fecha : 27/11/2015 15:58 Sede : UT FOSCAL - SEDE CABECERA

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: "NO PUEDO MOVER BIEN EL DEDO"

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 57 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA MEDICA GENERAL POR CLINICA DE 4 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADA POR EPISODIOS DE DOLOR E IMPOSIBILIDAD PARA LA FLEXION DE 5 DEDO DE MANO IZQUIERDA POSTERIOR A TRAUMATISMO POR CAIDA DE SU PROPIA ALTURA. NIEGA OTROS SINTOMAS. REFIERE TAMBIEN CLINICA DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADA POR CONGESTION NASAL Y RINORREA HIALINA ASOCIADO A PRURITO NASAL. NIEGA OTROS SINTOMAS

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

- Piel y Anexos: NO REFIERE SINTOMAS
- Ojos: NO REFIERE SINTOMAS
- Orl: NO REFIERE SINTOMAS
- Cuello: NO REFIERE SINTOMAS
- Cardiovascular: NO REFIERE SINTOMAS
- Pulmonar: NO REFIERE SINTOMAS
- Digestivo: NO REFIERE SINTOMAS
- Genital/Urinario: NO REFIERE SINTOMAS
- Musc. Esquelctico: NO REFIERE SINTOMAS
- Neurologico: NO REFIERE SINTOMAS
- Otros: NO REFIERE SINTOMAS

SIGNOS VITALES

T.A: 120/80 Pulso: 78 F.R: 17 Temperatura: 37.1 Peso: 78 Kg Talla: 168 Indice de Masa: 27.64

Circunferencia Abdominal (Cms): 86

Cond. Generales: BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO

Cabeza: NORMOCEFALO, CABELLO DE ADECUADA IMPLANTACION

Ojos: CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, FUNDOSCOPIA BILATERAL NORMAL

Oidos: Normal

Nariz: LEVE CONGESTION NASAL

Orofaringe: MUCOSA ORAL HUMEDA, FARINGE SIN ALTERACIONES

Cuello: CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS, TIROIDES NO PALPABLE

Dorso: Normal

Mamas: Normal

Cardíaco: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

Pulmonar: TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, MURMULLO CONSERVADO EN ACP, NO SOBREGREGADOS

Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, RSIS PRESENTES, NO MASAS O MEGALIAS, NO IRRITACION PERITONEAL

Genitales: Normal

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
ARCHIVO MEDICO

Extremidades: EUTROFICAS, NO EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

Neurologico: CONCIENTE, ALERTA, GLASGOW 15/15, NO DEFICIT MOTOR O SENTIVO APARENTE, ROT +/++++, PARES CRANEALES CONSERVADOS, NO SIGNOS MENINGEOS

Otros: LIMITACION PARA LA FLEXOEXTENSION DE 5 DEDO DE MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: M653 DEDO EN GATILLO

* Dx rel-1: J310 RINITIS CRONICA

Tipo Diagnóstico: Confirmado nuevo

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE ADULTO MEDIO CON ANTECEDENTES ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, HIDRATADO, SIN SINTOMAS DE ALARMA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA, CON CLINICA Y HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO DE LIMITACION PARA LA FUERZA DE 5 DEDO DE MANO IZQUERDA, SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO VASCULAR ACTUAL. SE REMITE A VALORACION POR FISIATRIA, PROBABLE DEDO EN GARRA. ADICIONALMENTE CON CLINICA DE RINITIS CRONICA, NO COMPLICADA. SE INDICA MANEJO MEDICO

IDX
DEDO EN GARRA
RINITIS CRONICA NO COMPLICADA
SOBREPESO

PLAN
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
MODIFICACIONES NUTRICIONALES Y DEL ESTILO DE VIDA
APEGO A TRATAMIENTO
DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA E HIPOGLUCIDA
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 1 MES
SIGNOS DE RECONSULTA
EJERCICIO AEROBIO 3 A 4 VECES POR SEMANA, 30 A 40 MINUTOS
HIDRATACION ABUNDANTE
SE HACE RECONCILIACION MEDICAMENTOSA
BECLOMETASONA 2 PUFF CADA 12 HORAS
CROMOGLICATO SLN NASAL 1 APLICACION CADA 12 HORAS EN CADA FOSA NASAL
LORATADINA 10 MG VO CADA NOCHE
S/S VALORACION POR FISIATRIA

MEDICAMENTOS

Medicamento: BECLOMETASONA 250 MCG (SOLUCION PARA INHALACION AEROSOL) 250 MCG /DOSIS INALADOR ORAL

Cantidad: 1

Dosificacion: 2 PUFF CADA 12 HORAS POR 30 DIAS

Enviado por Profesional : MICHAEL VANEGAS BELTRAN Registro: 15719 Fecha : 27/11/2015 15:58

Medicamento: LORATADINA 10 mg (TABLETA) TABLETA

Cantidad: 30

Dosificacion: 1 TABLETA VO CADA NOCHE

Enviado por Profesional : MICHAEL VANEGAS BELTRAN Registro: 15719 Fecha : 27/11/2015 15:58

Medicamento: SODIO CROMOGLICATO 4 % (SOLUCION NASAL) SOLUCION NASAL

Cantidad: 2

Dosificacion: 2 APLICACION CADA 12 HORAS EN CADA FOSA NASAL

Enviado por Profesional : MICHAEL VANEGAS BELTRAN Registro: 15719 Fecha : 27/11/2015 15:58

ES FIB. COPIA DE FISCIONAL
ANEXO 1.1. ORIGINAL

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad: OTRAS

Remision: PACIENTE ADULTO MEDIO CON ANTECEDENTES ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, HIDRATADO, SIN SINTOMAS DE ALARMA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA, CON CLINICA Y HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO DE LIMITACION PARA LA FUERZA DE 5 DEDO DE MANO IZQUERDA, SIN EVIDENCIA DE COMPROMISO VASCULAR ACTUAL. SE REMITE A VALORACION POR FISIATRIA, PROBABLE DEDO EN GARRA

S/S VALORACION POR FISIATRIA

Enviado por Profesional : MICHAEL VANEGAS BELTRAN Registro: 15719

Fecha : 27/11/2015 15:58

FIN IMPRESION DE PAGINA

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
ARCEVO M.B. FOSCAL

ATENCION CONSULTA EXTERNA (Medica) - Control # 2 de consulta del : 31/05/2018 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : CARLOS ANDRES ARENAS PIEDRAHITA Registro: 81270

Fecha : 30/03/2019 09:57

Especialidad : MEDICINA GENERAL

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : CARLOS ANDRES ARENAS PIEDRAHITA Registro: 81270

Fecha : 30/03/2019 09:57

* Dx Ppal: **G589 MONONEUROPATIA, NO ESPECIFICADA**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

S: PACIENTE DE 61 AÑOS, CONSULTA POR CLINICA DE 1 AÑO DE PARESTESIAS EN MANOS DOLOR PERDIDA DE FUERZA EN MANO IZQUIERDA. ANTECEDENTES DE MONONEUROPATIA ULNAR IZQUIERDA. REFIERE EL CUADRO HA SIDO PROGRESIVO.

O: FC 77, FR 19, T 36.5, PESO 80 KG, PA 98 CM, TA 110/70. C/C: PINRAL, MUCOSA ORAL HUMEDA SIN LESIONES, CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS NO AGREGADOS. ABD. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOR. EXT. NO EDEMAS NO SINOVITIS. CON HIPOTROFIA MANO IZQUIERDA, DISMINUCION DE FUERZA EN MANO IZQUIERDA.

A: PACIENTE CON ANTECEDENTES ANOTADOS. ULTIMA ELECTROMIOGRAFIA CON NEUROCONDUCCION ENVIADA EN EL 2014 REVISANDO HISTORIA, RECOMIENDO TRAER ESE RESULTADO EN SIGUIENTE CITA, SOLICITO NUEVA EMG CON NC MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. CONTROL CON RESULTADOS. URGENCIA SI DOLOR EN EL PECHO ,FIEBRE PERSISTENTE, DISNEA O ALTERACION DE LA CONCIENCIA, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL.

CONTROL CONSULTA (AYUDAS DIAGNOSTICAS)

Resultados de Servicios - 930860 ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)

Enviado por Profesional : CARLOS ANDRES ARENAS PIEDRAHITA Registro: 81270

Fecha : 30/03/2019 09:57

Resultados de Servicios - 891509 NEUROCONDUCCION (CADA NERVIOS)

Enviado por Profesional : CARLOS ANDRES ARENAS PIEDRAHITA Registro: 81270

Fecha : 30/03/2019 09:57

FIN IMPRESION DE PAGINA

ES FIEL COPIA DE
2019/04/01

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: **91.205.254**
ROJAS QUIÑONES

APELLIDOS: **HERNANDO**
 NOMBRES: *[Signature]*
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: **10-ENE-1958**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 **A+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

14-AGO-1978 BUCARAMANGA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2700100-00069621-M-0091205254-20080912 0003284655A 1 6860000575



PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		No. Consecutivo S-SSA1422-2020
Subproceso: Gestión del Talento Humano Código Subproceso: 8100	SERIE/Subserie: DERECHOS DE PETICIÓN, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS / Código Serie/Subserie (TRD) 8100-97	

**GOBERNAR
ES HACER**

Bucaramanga, 11 de Agosto de 2020

Señor
HERNANDO ROJAS QUIÑONEZ
Rojas1946@hotmail.com
Ciudad

Asunto: Cita Médica
Radicado: 20207266786

Cordial saludo.

Por medio del presente escrito me permito informar que teniendo en cuenta que mediante oficio con número de consecutivo S-SSA 1329-2020 del 30 de julio de 2020 se le informó que en virtud de lo establecido en el parágrafo del artículo 5, del Decreto No. 314 del 9 de Julio de 2020, su vinculación en provisionalidad se terminó a partir del día 3 de agosto de 2020, por lo tanto no es posible realizar trámite alguno en razón a que no es encuentra vinculado en la entidad.

Atentamente,

SENAIDA TELLEZ DUARTE
Subsecretaria Administrativa

Proyectó: Katherine Estévez Gómez, CPS 319 *Kz*



Calle 35 N° 10 - 43 Centro Administrativo, Edificio Fase I
Carrera 11 N° 34 - 52, Edificio Fase II
Conmutador: (57-7) 6337000 Fax 6521777
Página Web: www.bucaramanga.gov.co
Código Postal: 680006
Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia