



CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

Establecimiento Comercio: Sede 2 Cra 4D No. 32-17
B / Cadiz - Ibagué Tels. 2641920 - 2654112

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NO.

COEX 29788

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE, 5-Nov-2025

HORA 15:19:00

ACEPTACION DIAN:

25.11.05 04:24:23 PM

ENTIDAD RESPONSABLE	(860037013)	TIPO CONTRATO	ORDEN SS	TIPO INGRESO
860037013-6 MUNDIAL SEGUROS		EVENTO	1-1179943	AMBULATORIA
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	FECHA INGRESO FECHA EGRESO

2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT

OTRO REGIMEN

1/10/2025

1/10/2025

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

CC - 1077972955

HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

EDAD : 31 Años

ESTRATO: IVEL I

OBSERVACIONES:

COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
OTROS								
39143-ORT	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIA LIZADA ORTOPEDIA	39143-ORT				1	75,400	75,400

SUB TOTAL PAGINA \$ 75,400

* .T VALOR BRUTO: 75,400 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 75,400

SON: SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.*****

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: NOANOL NORBEY ANDRES OLAYA FORERO

Of Principal Av 19 No. 118 - 95 Centro Ejecutivo Santa Barbara Of 616

Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

La entidad

Aceptada, el USUARIO

HABILITACION NUMERACION DE FACTURACION No. 18764078385145 DEL 30-Ago-2024 AL 30-Ago-2026 RANGO DEL COEX-1 AL COEX-50000

Cufe: 37a14957523ed48db3e9e5f2587fa9bace48f3d04215ab40776edc46e88a77e9600ec02eb6d6fb7f9821b88a91700b14

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR CLINICA ASOTRAUMA SAS, NIT. 800.209.891-7

GEMA Vs 2.0 Siecol SAS - THE FACTORY HKA COLOMBIA SAS

SOMOS EXCLUIDOS DEL IMPUESTO A LAS VENTAS - SOMOS REGIMEN COMUN

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, AVISOS, TABLEROS, SOBRE INGRESOS POR PRESTACION DE

SERVICIOS DE SALUD SEGUN ART. 39 DE LA LEY 14 DE 1983.

pagina No 1 de 1



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACION												
Fecha Radicacińn:	D D M M A A A A	No.Radicado	RG									
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}					Nro. Factura Cuenta de Cobro	COEX	29788					
II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD												
Razon social	CLINICA ASOTRAUMA SAS											
Codigo Habilitacion:	730010082602					Nit:	800209891-7					
III. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO												
HERNANDEZ						RODRIGUEZ						
1er.Apellido o Razon Social						2do.Apellido						
ARNULFO												
1er.Nombre						2do.Nombre						
Tipo de Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT						No. Documento:			1077972955		
De:	25875	Fecha de Nacimiento:					30/8/1994					
Direccińn:	MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE											
Departamento:	TOLIMA			Cod. 73			Telefono:			3202029031		
Municipio:	IBAGUE			Cod. 001								
Condicion del accidentado:	<input checked="" type="checkbox"/> Conductor			<input type="checkbox"/> Peaton			<input type="checkbox"/> Ocupante			<input type="checkbox"/> Ciclista		
IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO												
Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito <input checked="" type="checkbox"/>											
Naturales:	Sismo <input type="checkbox"/>	Maremoto <input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas <input type="checkbox"/>	Huracñn <input type="checkbox"/>	Rayo <input type="checkbox"/>	Tornado <input type="checkbox"/>	Inundaciones <input type="checkbox"/>	Avalancha <input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra <input type="checkbox"/>	Incendio Natural <input type="checkbox"/>	Vendaval <input type="checkbox"/>	
Terroristas:	Explosińn <input type="checkbox"/>	Masacre <input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal <input type="checkbox"/>	Combate <input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios <input type="checkbox"/>	Desplazados <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>			
Direccińn de la Ocurrencia:	KILOMETRO 1 VIA IBAGUE ALVARDO											
Fecha Evento/Accidente:	25/6/2025											
Departamento:	TOLIMA			Hora: 06:49								
Municipio:	IBAGUE			Cod. 73			Cod. 001			Zona: <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> R		
Informe del accidente (Relato breve de los hechos): PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO DE PLACAS OTA38G QUIEN POR ACEITE SOBRE LA VIA PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE												
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO												
HERNANDEZ						RODRIGUEZ						
1er.Apellido o Razon Social						2do.Apellido						
ARNULFO												
1er.Nombre						2do.Nombre						
Documento de identidad:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE						No. Documento			1077972955		
Direccion:	MANZANA U CASA 9 BARRIO PACANDE											
Departamento:	TOLIMA			Cod. 73								
Municipio:	IBAGUE			Cod. 001			Telefono:			3202029031		
Total Folios: 21												
VI. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO												
Est. Aseguramiento:	Aseg. <input type="checkbox"/>	No Aseg. <input type="checkbox"/>	Vehi. Fantasma. <input type="checkbox"/>	Poliza falsa <input type="checkbox"/>	Vehi. en Fuga <input type="checkbox"/>	Aseg F.2497 <input checked="" type="checkbox"/>	P. Indeter <input type="checkbox"/>					
Marca:	BAJAJ			Placa:	OTA38G No. Siras: 44e7fc19574bdcc2							
Tipo de Servicio:	Automovil <input type="checkbox"/>	Bus <input type="checkbox"/>	Buseta <input type="checkbox"/>	Camion <input type="checkbox"/>	Camioneta <input type="checkbox"/>	Campero <input type="checkbox"/>	Microbus <input type="checkbox"/>	Tractocamion <input type="checkbox"/>				
Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/>	Motocarro <input type="checkbox"/>	Mototriciclo <input type="checkbox"/>	Cuatrimoto <input type="checkbox"/>	Moto Extranj. <input type="checkbox"/>	Vehic.Extranj. <input type="checkbox"/>	Volqueta <input type="checkbox"/>						
Codigo Aseguradora:	AT1317			MUNDIAL DE SEGUROS			intervencińn de la Auto.			Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Poliza SOAT No	90601442						Cobro excedente P>liza			Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Vigencia de la Poliza:	Desde:	26/2/2025			Hasta:	25/2/2026						
VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA												
Codigo CUPS Hospitalizacińn:	Complejidad de Procedimiento Quirurgico:											
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	793101					Días de UCI reclamados: 0						
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	Se presta servicio UCI: N											



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

HERNANDEZ	RODRIGUEZ
1er.Apellido	2do.Apellido
ARNULFO	

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS PT PE

No. Documento 1077972955

Direccion: MANZANA U CASA 9 BARRIO PACANDE

Cod. 73

Teléfono: 3202029031

Departamento: TOLIMA

Cod. 001

Municipio: IBAGUE

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisiòn <input type="checkbox"/>	Orden servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisiòn:	/ /	a las

Prestador que remite:

Código de inscripción:

Direccion:

Telefono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptación: / /

a las

Prestador que recibe:

Código de inscripción:

Direccion:

Telefono:

Profesional que recibe:

Cargo:

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No. DCM581

Transporto la victimas desde : KILOMETRO 1 VIA IBAG Hasta ASOTRAUMA

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victimas Zona: X

XI. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 1/10/2025 a las 11:30 Fecha de Egreso: 1/10/2025 a las 11:59

Diagnóstico presuntivo de Ingreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnóstico definitivo de Ingreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnóstico relacionado de Ingreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnóstico presuntivo de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnóstico definitivo de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnóstico relacionado de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

BONILLA

VARON

1er.Apellido del MUDico o Profesional tratante

2do.Apellido del MUDico o Profesional tratante

MANUEL

ANTONIO

1er.Nombre del MUDico o Profesional tratante

2do.Nombre del MUDico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

14217113

Número de Registro de MUDico

32

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	75400	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo único numero 2.

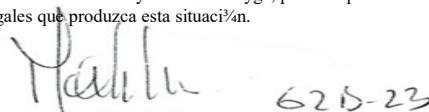
XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑON

NOMBRE CC. 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO


625-23

Fecha: 2025-10-01

Yo, **HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO** identificado con documento NRO **1077972955** como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de paciente, manifiesto de manera libre y espontánea que recibí real, materialmente y a entera satisfacción los servicios de:

Atención de Urgencias
Atención en UCI
Consulta Externa
Servicio de Cirugía

Imágenes Diagnósticas
 Material de Ortesis
 Material de Ortopedia
 Medicamentos

Laboratorios
 Servicio de Curaciones
 Servicio de hospitalización
 Ecografías

Otros:

Durante la atención correspondiente a la fecha de ingreso: **2025-10-01** y egreso: **2025-10-01**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General
Accidente Estudiantil

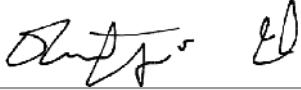
Accidente Laboral

Accidente de Tránsito

Otros:

Al proporcionar sus datos personales a través de nuestros formularios físicos o digitales, autoriza expresamente a **Clínica Asotrauma S.A.S** para recolectar información conforme a lo establecido en la Política de Tratamiento datos, para almacenar, usar, circular, suprimir, actualizar y tratar sus datos personales. Esta autorización incluye el uso de sus datos para fines administrativos, comerciales, informativos, de investigación y de contacto, conforme a lo dispuesto por la Ley 158 2012 y demás normas aplicables. Puedes conocer más sobre nuestra política solicitándola al correo protecciondedatos@asotrauma.com.co o consultándola en nuestras instalaciones.

De igual forma autorizo el tratamiento de mis datos, conforme al manual de polticas de la **Clínica Asotrauma S.A.S** publicado en la página web **www.asotrauma.com.co** y el tratamiento de mis datos sensibles, los cuales revelen el origen racial o étnico, o permitan la captura de mi huella dactilar, filmación del rostro y en general datos biométricos y relativos a la salud. Para cualquier corrección, actualización, supresión y/o revocación de sus datos personales, debe dirigir escrito a la **Clínica Asotrauma S.A.S** a través del correo electrónico.



NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE
HERNANDEZ RODRIGUEZ
ARNULFO
1077972955

Nota:Este documento se firma como soporte de factura según lo dispuesto en el anexo 5 de la resolución 3047/2008

FECHA: 27/08/2025 F.NACIM.: 30-Ago-1994 EDAD: 31 DOCUMENTO: 1077972955

NOMBRES: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

Clinico A DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE

TELEFONO: 3202029031

Asotrauma

S420

FRACTURA DE LA CLAVICULA

EXAMENES

25-06-25

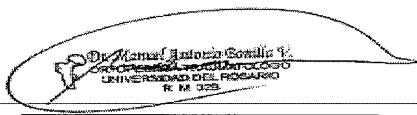
1179943

R/:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVORT TGOMAR EN 30 DIAS Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEDIA



DR. BONILLA VARON MANUEL REG MED 32B

CC - 14217113

LA ORDEN MEDICA PARA LA ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS TIENE UNA VIGENCIA DE 72 HORAS
RECUERDE EN LA PROXIMA CONSULTA TRAER COPIA DE LOS DOCUMENTOS

CARRERA 4D NO. 32 - 34 BARRIO CADIZ. TEL 515 3000 EXT 127 - 128 CEL: 316 876 71 63 - 312 402 89 32
ESTE FORMATO ESTA ORIGINALMENTE FIRMADO

1077972955

ADMISSION N_:

1179943

SINIESTRO:

136410

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

Num. Id-:

CC

1077972955

FECHA NACIMIENTO: 94.08.30

EDAD: 31 A

SEXO:M

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO: 3202029031

RESPONSABLE:

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.11.04/14:48:15

MOTIVO CONSULTA

FRACTURA DE LA CLAVICULA

ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL 3 MWESES DE LESIION TRAUMATICA

TRAE RX CON FRACTURA EN PROCESO D E CON SOIDACIKON

ANTECEDENTES

---><<25.10.01-14:07:14>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1179943

NIEGA

REVISION X SISTEMA

SIN ALTERACIONES

EXAMEN FISICO

SIN RETSRTICCIONES

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 110/70 FC: FR: T: 36.0 PESO: 76 TALLA: 163

EXAMEN

SIN RETSRTICCIONES

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS//PLAN

SE CONTINUA EN OBSEVACION Y SE CONTROLARA EN 3 MESES CON RX

SE PROROGA LA INCAPACIDAD LABORAL TOTAL A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DEL 2025 POR 30 DIAS CONSECUUTGIVOS

AL TERMINAR ESTA INCAPACIDAD, PUEDE INICIAR SUS LABORES DIARIAS CON RESTRICCIÓN PARA LEVANTAR OBJETOS PESADOS E MAS DE 5 KILOS CON EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO ESTAS RESTRICCIONES POR 60 DIAS CONSECTIVOS

FORMULACION

---><<25.10.01-14:07:14>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1179943

** PARA CLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVOR TOMAR EN 3 MESES Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEDIA

SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.10.01

HORA DE EGRESO: 14:07

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. BONILLA VARON MANUEL ANTONIO

Registro Médico: 32

CC - 14217113

Especialidad: **ORTOPEDIA**

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Ademas se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

1077972955

ADMISSION N_:

1169500

SINIESTRO:

136410

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

Num. Id-:

CC

1077972955

FECHA NACIMIENTO: 94.08.30

EDAD: 31 A

SEXO:M

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO: 3202029031

RESPONSABLE:

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.09.23/09:19:05

MOTIVO CONSULTA

FRACTURA CLAVICULA DERECHA

ENFERMEDAD ACTUAL

HACE 7 SEMANS FRACTURA D E LA VLVICULA DERECHA

ACUSA LIMITACION FUNCIONAL

SE ENCUENTRA EN REHABILITACION CON TERAPIA

ANTECEDENTES

---><<2025.08.27-08:51:31>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1169500

PAT: NEG

ALERGICOS: NEG

QX: NEG

FARM. NEG

REVISION X SISTEMA

SIN ALTERACIONES

EXAMEN FISICO

MOV ILIDAD ADECUADA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 112/73

FC:

T: 36.4

PESO: 75

TALLA: 163

EXAMEN

MOV ILIDAD ADECUADA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS//PLAN

SE INDICA OBSERVACION Y CONTROL EN 30 DIAS CON RX

SE PROROGA LA INCAPACIDAD LAB ORAL TOTAL A PARTIR DEL 31 DE AGOSTO DEL 2025 POR 30 DIAS CONSECUTIVOS

FORMULACION

---><<2025.08.27-08:51:31>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1169500

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVORT TGOMAR EN 30 DIAS Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEDIA

SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.08.27

HORA DE EGRESO: 08:51

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. BONILLA VARON MANUEL ANTONIO

Registro Médico: 32

CC - 14217113

Especialidad: **ORTOPEDIA**

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Ademas se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

1077972955

ADMISSION N_:

1161049

SINIESTRO:

0

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

Num. Id-:

CC

1077972955

FECHA NACIMIENTO: 94.08.30

EDAD: 30 A

SEXO:M

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO: 3202029031

RESPONSABLE:

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.09.23/09:19:37

MOTIVO CONSULTA

FRACTURA CLAVICULA DERECHA

ENFERMEDAD ACTUAL

HACE 1 MES OSTEOSINTESIS D E LA CLAVICULA DERECHA
MNIFIESTA MODERADA LIMITACION FUNCIONAL

ANTECEDENTES

---><<25.07.25-14:33:01>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1161049

PAT: NEG

ALERGICOS: NEG

QX: NEG

FARM. NEG

REVISION X SISTEMA

SIN ALTERACIONES

EXAMEN FISICO

LEVE RESTRICCION D E LA MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 110/70 FC: FR: T: 36.1 PESO: 75 TALLA: 170

EXAMEN

LEVE RESTRICCION D E LA MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS//PLAN

SE INDICA TRATAMIENTO CON TERAPIA FISICA Y SE CONTROLARA EN 40 DIAS CON RX
SE PROROGA LA INCAPACIDAD LABORAL TOTAL APARTIR DEL 1 DE AGOSTO DEL 2025 POR 30 DIAS
CONSECUTIVOS

FORMULACION

---><<25.07.25-14:33:01>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1161049

** PARA CLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVOR TOMAR EN 40 DIAS Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEDIA

** TERAPIAS:

** JUSTIFICACION **

FISIOTERAPIA

10 SESIONES PARA MEJORAR MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

Num. Id-:

CC

1077972955

FECHA NACIMIENTO: 94.08.30

EDAD: 30 A

SEXO:M

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO:3202029031

RESPONSABLE:

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION:2025.09.23/09:19:37

SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.07.25

HORA DE EGRESO: 14:32

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. BONILLA VARON MANUEL ANTONIO

Registro Médico: 32

CC - 14217113

Especialidad: ORTOPEDIA

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Ademas se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1077972955

ADMISSION N_: 1152904

SINIESTRO: 136410

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO Num. Id-: CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 EDAD: 31 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3202029031
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.06.25 07:41
Observacion Fecha/Hora de registro: 2025.06.25 08:54

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.06.25

<< REGISTRO: 08:54:50 >> (DR(A). CXS - SANCHEZ PARRA CLAUDIA XIMENA - C.C. 28555249 - REG. MEDICO: 5013544 - MEDICINA
MOTIVO CONSULTA GENERAL)

"ME DUELE MUCHO"

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

BUEN ESTADO GENERAL, INGRESA CAMINANDO AL CONSULTORIO.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE MANIFIESTA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO DONDUCTOR DE MOTO QUE CAE CON TRAUMA EN HOMBRO, REJA COSTAL DERECHA Y MANO IZQUIERDA MARCADA LIMITACION EN HOMBRO Y DOLOR INTENSO POR LO CUAL CONSULTA.

REVISION POR SISTEMA

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES	TA: 110/74	FC: 74	FR: 16	Tmp:	ESTADO EMBRIAGUEZ:	NO
ESTADO CONCIENCIA	ALERTA: <input checked="" type="checkbox"/>	OBNUBILADO: <input type="checkbox"/>	ESTUPOROSO: <input type="checkbox"/>	COMA: <input type="checkbox"/>	GLASGOW:	(15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS

CUELLO

CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS, NO DOLOR A LA PALPACION DE APOFISIS ESPINOSAS.

TORAX

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, TORAX SIMETRICO CON MURMULLO VESICULAR SIMETRICO, DOLOR INTENSO A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHA, DOLOR INTENSO A LA INSPIRACION, NO DEPRESIONES EN REGION COSTAL NO SE PALPAN CREPITOS NI SE HALLA ENFISEMA SUBCUTANEO.

ABDOMEN

ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

GENITOURINARIO

NO SE EXPLORA

PELVIS

PELVIS SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD AL EXAMEN CLINICO

DORSOEXT

DORSO NO DOLOR A LA PALPACION DE COLUMNA DORSAL NI LUMBAR, CON EXTREMIDADES CON MARCADO EDEMA Y DOLOR EN HOMBRO DERECHO CON LIMITACION NO TOLERA EXAMEN FISICO NO PERMITE MOVILIDAD DEL BRAZO NO DEFORMIDADES EVIDENTES, LEVE EDEMA Y LIMITACION EN PULGAR IZQUIERDO, EN HOMBRO DERECHO NO LUXACION, PULSOS DISTALES PRESENTES CON ADECUADO LLENADO CAPILAR.

NEUROLOGICO

GLASGOW 15/15, PINRAL, SIN DEFICIT NEUROLOGICO

PIEL

SIN LESIONES

FANERAS

SIN LESIONES

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1077972955

ADMISSION N_: 1152904

SINIESTRO: 136410

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO Num. Id-: CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 EDAD: 31 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3202029031
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.06.25 07:41
OBSERVACION Fecha/Hora de registro: 2025.06.25 08:54

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

PLAN/CONDUCTA

PACIENTE CON TRAUMA EN HOMBRO Y REJA COSTAL DERECHA, PULGAR IZQUIERDO CON INDICACION DE ANALGESIA Y TOMA DE RX AHORA PARA DEFINIR MANEJO, SE EXPLICA A PACIENTE.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX REJA COSTAL, AP

JUSTIFICACION

DERECHA

RX HOMBRO AP-LATERAL

JUSTIFICACION

DERECHO

RX MANO, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

PULGAR IZQUIERDO

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 SC AHORA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

<< REGISTRO: 09:33:39 >>

(DR(A). CXS - SANCHEZ PARRA CLAUDIA XIMENA - C.C. 28555249 - REG. MEDICO: 5013544 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

PACIENTE CON RX DE REJA COSTAL DERECHA SIN FRACTURAS COSTALES, NO CAMBIOS EN ALTURA CUERPOS VERTEBRALES TORACICOS EVIDENTES EN RX TORAX, MANO IZQUIERDA SIN FRACTURA EN PULGAR, EN HOMBRO DERECHO SIN LESIONES, NO TRAZOS DE FRACTURAS, NO DEFORMIDADES NI PERDIDA DE LA RELACION ARTICULAR, SE CONSIDERA SOLO ESGUINCE DE HOMBRO DERECHO, SE INDICA USO DE CABESTRILLO PARA RESTRINGIR MOVILIDAD ARTICULAR PARA MEJORAR EL EDEMA, CON INDICACION DE MANEJO CON AINES Y VALORACION AMBULATORIA POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA, INCAPACIDAD MEDICA POR 7 DIAS, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

1. DICLOFENACO+TRAMADOL 25MG/25MG COD: 1203 CANT:20 VIA ADM:ORAL
TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS

2. KETOPROFENO GEL X 60 G CANT:1 VIA ADM:TOPICA
APLICAR 3 VECES AL DIA EN ZONA DE DOLOR

** ORDENES MEDICAS:

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1077972955

ADMISSION N_: 1152904

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO	Num. Id-:	CC	1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30	EDAD:	31 A	SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE	CIUDAD:	IBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3202029031
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:		
AT: NO OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.06.25	07:41
	Fecha/Hora de registro:	2025.06.25	08:54

OBSERVACION

SS// CABESTRILLO ADULTO #1 (UNO)

** ORDENES MEDICAS:

SS// VALORACION POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA:

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: . .

HORA DE EGRESO:

ESTADO A LA SALIDA:

**Dr. SANCHEZ PARRA CLAUDIA XIMENA**

Registro Medico: 5013544

CC - 28555249

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Ademas se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____





Liberad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10029472174



PLACA OTA38G	MARCA BAJAJ	LÍNEA PULSAR NS 200 FI	MODELO 2023
CILINDRADA CC. 200	COLOR: AZUL MATE	SERVICIO PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA	TIPO CARROZERIA SIN CARROZERIA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/Pesaj 2
NÚMERO DE MOTOR JLXCNE01004	REG N	VIN 9GJA36JL9PT046470	
NÚMERO DE SERIE 9GJA36JL9PT046470	REG N	NÚMERO DE CHASSIS 9GJA36JL9PT046470	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO			
IDENTIFICACIÓN C.C. 1077972955			

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
*****	24	
DECLARACION DE IMPORTACIÓN	FECHA IMPORT.	PUERTAS
012022000025247	13/12/2022	0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD		
*****	*****	*****
FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
24/02/2023	05/07/2023	*****
ORGANISMO DE TRÁNSITO		
SECRETARIA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD DE		
ZIPAQUIRA		

LT07002535650



Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:

OTA38G

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10029472174

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:

BAJAJ

LÍNEA:

PULSAR NS 200 FI

MODELO:

2023

COLOR:

AZUL MATE

NÚMERO DE SERIE:

9GJA36JL9PT046470

NÚMERO DE MOTOR:

JLXCNE01004

NÚMERO DE CHASIS:

9GJA36JL9PT046470

NÚMERO DE VIN:

9GJA36JL9PT046470

CILINDRAJE:

200

TIPO DE CARROCERÍA:

SIN CARROCERIA

TIPO COMBUSTIBLE:

GASOLINA

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

 **24/02/2023**

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

SECRETARIA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD DE ZIPAQUIRA

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

REPOTENCIADO:

NO

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN MOTOR

REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN CHASIS

REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN SERIE

REGRABACIÓN VIN (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN VIN

VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):

NO

PUERTAS:

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
90601442	25/02/2025	26/02/2025	25/02/2026	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	<input checked="" type="checkbox"/> VIGENTE
87682177	24/02/2024	25/02/2024	24/02/2025	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	<input type="checkbox"/> NO VIGENTE
10585600032610	23/02/2023	24/02/2023	23/02/2024	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	<input type="checkbox"/> NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

Compromiso de desintegración física total y Pólizas de Caución

Tarjeta de Operación

Limitaciones a la Propiedad

◆ Garantías a Favor De

✓ Garantías Mobiliarias (Registro de la garantía en el RNGM por parte de RUNT / Registro del levantamiento a través del RNGM en el RUNT)

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga INVC (15%)

📁 Normalización y Saneamiento

📁 Vehículo a desintegrar por proceso de normalización

Permiso de circulación restringida (PCR)



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Prosperidad
para todos

CIRCULAR EXTERNA No. 0000040

PARA: INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, RECLAMANTES POR DAÑOS MATERIALES CAUSADOS A LAS PERSONAS POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y ENTIDADES ASEGUADORAS AUTORIZADAS

DE: MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

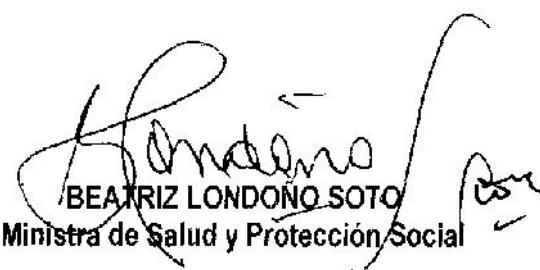
ASUNTO: Reiteración Circular Externa No. 33 del 2 junio de 2011
Aplicación artículo 143 de la Ley 1438 de 2011

FECHA: 10 AGO 2012

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de las competencias atribuidas en el Decreto - Ley 4107 de 2011, como ente rector del Sector Administrativo de Salud y Protección Social, reitera las instrucciones impartidas en la Circular Externa No. 33 del 2 junio de 2011, en el sentido de aclarar que el formato a que alude el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011 para la presentación de la declaración del médico como prueba del accidente de tránsito, es el adoptado en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3374 de 2000.

En consecuencia, la ausencia de documentos tales como certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente, fotocopia del croquis del accidente y denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes, no constituyen causales para la improbación del reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito – SOAT.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE


BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Ministra de Salud y Protección Social