



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 Radicaci&nacute;n:	<input type="text"/> D D M M A A A A						No.Radicado	<input type="text"/>					
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}	<input type="text"/>						Nro. Factura Cuenta de Cobro	FEGR 348068					
II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD													
Razon social	CLINICA ASOTRAUMA SAS												
Codigo Habilitacion:	730010082601						Nit:	800209891-7					
III. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO													
MALDONADO							VELEZ						
1er.Apellido o Razon Social							2do.Apellido						
SONIA													
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:	51742566				
De:	73001	Fecha de Nacimiento:						3/10/1964					
Direcci&nacute;n:	CALLE 138 N 8 61 BARRIO SALADO												
Departamento:	TOLIMA			Cod. 73			Telefono:			3239727714			
Municipio:	IBAGUE			Cod. 001									
Condicion del accidentado:	<input type="checkbox"/> Conductor			<input checked="" 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"/>	Hurac&nacute;n <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:	Explosi&nacute;n <input type="checkbox"/>	Masacre <input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal <input type="checkbox"/>	Combate <input type="checkbox"/>									
Incendio <input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios <input type="checkbox"/>	Desplazados <input type="checkbox"/>											
Otros <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>												
Direcci&nacute;n de la Ocurrencia:	CALLE 144 CON CARRERA 13												
Fecha Evento/Accidente:	31/08/2025												
Departamento:	TOLIMA			Hora: 20:06									
Municipio:	IBAGUE			Cod. 73			Cod. 001			Zona: <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> R			
Informe del accidente (Relato breve de los hechos): PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUIEN SUFRE LESIONES AL SER ARROLLADO POR VEHICULO TIPO AUTOMOVIL													
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO													
CEDIEL							CAICEDO						
1er.Apellido o Razon Social							2do.Apellido						
JEFERSON													
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:	14295177				
Direccion:	PARADERA CHIPALO CORREGIMIENTO DOIMA												
Departamento:	TOLIMA			Cod. 73									
Municipio:	IBAGUE			Cod. 001			Telefono:			3159685770			
Total Folios: 21													
VI. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO													
Est. Aseguramiento:	Aseg. <input checked="" 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 type="checkbox"/>	P. Indeter <input type="checkbox"/>						
Marca:	CHEVROLET			Placa:	RNK644			No. Siras: 33464bdcb28b6df5					
Tipo de Servicio:	Automovil <input checked="" 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 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			intervenci&nacute;n de la Auto.				Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Poliza SOAT No	91727192							Cobro excedente P&gt;liza				Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Vigencia de la Poliza:	Desde:	3/07/2025			Hasta:	2/07/2026							
VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA													
Codigo CUPS Hospitalizaci&nacute;n:	Complejidad de Procedimiento Quirurgico:												
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	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

MORENO	CEDIEL		
1er.Apellido	2do.Apellido		
JHOJAN	ESTIVEN		
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"/> PT <input type="checkbox"/> PE	No. Documento	1104547167
Direcci'on:	PARADERA CHIPALO CORREGIMIENTO DOIMA		
Departamento:	TOLIMA	Cod. 73	Tel'fono: 3159685770
Municipio:	IBAGUE	Cod. 001	

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisi'on	<input type="checkbox"/>	Orden servicio	<input type="checkbox"/>
Fecha de Remisi'on:	/ /	a las		
Prestador que remite:				
Direccion:	Telefono:			
Profesional que Remite:	Cargo:			
Fecha de Aceptaci'on:	/ /	a las		
Prestador que recibe:				
Direccion:	Telefono:			
Profesional que recibe:	Cargo:			

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar 'nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)				
Datos del Vehiculo: Placa No.				
Transporto la victimas desde : Hasta :				
Tipo de Transporte:	Ambulancia B'sica	<input type="checkbox"/>	Ambulancia Medicalizada	<input type="checkbox"/> Lugar donde recoge la victimas Zona: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
XI. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO				
Fecha de ingreso:	30/10/2025	a las 11:19	Fecha de Egreso:	30/10/2025 a las 12:21
Diagnostico presuntivo de Ingreso				
S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO				
Diagnostico definitivo de Ingreso				
S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO				
Diagnostico relacionado de Ingreso				
S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO				
Diagnostico presuntivo de Egreso				
S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO				
Diagnostico definitivo de Egreso				
S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO				
Diagnostico relacionado de Egreso				
S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO				

OSPINA	ORTIZ		
1er.Apellido del MUDico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUDico o Profesional tratante		
JUAN	FRANCISCO		
1er.Nombre del MUDico o Profesional tratante	2do.Nombre del MUDico o Profesional tratante		
Tipo Documento	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento	75107093
		N'mero de Registro de M'udico	182869

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	1497900	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 descripc'on de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo t'Unico numero 2.

XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci'on prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci'on contenida en este formulario es cierta y podr' ser verificada por la Direcci'on General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci'on Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la Rep'blica con la IPS y las aseguradoras de no ser as'y, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci'on.

625-23

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑON

NOMBRE CC. 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



## CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

Establecimiento Comercio: Sede 1 Cra 4D No. 32-34

Sede 2 Cra 4D No. 32-17

B / Cadiz - Ibagué

Tels. 2641920 - 2654112



## FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NO.

FECR 348068

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE,14-Nov-2025

HORA 10:43:54

ACEPTACION DIAN: 2025.11.14 10:44:03 AM

ENTIDAD RESPONSABLE		( 860037013 )	TIPO CONTRATO	ORDEN SS	TIPO INGRESO
860037013-6 MUNDIAL SEGUROS			EVENTO	1-1191949	AMBULATORIA
CONTRATO/PLAN			REGIMEN	ANEXO2:	FECHA INGRESO FECHA EGRESO
2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT			OTRO REGIMEN	30/10/2025	30/10/2025
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE					:
CC - 51742566 MALDONADO VELEZ SONIA			EDAD : 61 Años		
OBSERVACIONES:				ESTRATO: IVEL I	
COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO %	MED	CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL
<u>OTROS</u>					
31301	ARTICULACIONES: PIE Y CUELLO DEL PIEDILLA, CADERA, CODA, HOMBRO, TEMPORO MAN	31301		1	1,497,900 1,497,900

SUB TOTAL PAGINA \$ 1,497,900

\* .T VALOR BRUTO: 1,497,900 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 1,497,900

SON: UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.\*\*\*\*\*

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: YISEGU YISELA GUTIERREZ ALBARRACIN

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

Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

HABILITACION NUMERACION DE FACTURACION No. 18764081989183 DEL 22-Oct-2024 AL 22-Oct-2026 RANGO DEL FECR-300001 AL FECR-500000

Cufe: 70cc4f1a2a881c671f68ca31de4f71d4f02b3f0fa5ce20b4ab14c3bb1eb6445dd44972d8dcc5b9e7c2c89b144be6e32

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.

La entidad

Aceptada, el USUARIO

625-23



	FACTURACIÓN	CODIGO: GF-FAC-FO-005
	GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 5
	COMPROBANTE DE SERVICIOS PRESTADOS Y PROTECCION DE DATOS	ACTUALIZACIÓN: 24-10-2024

**Fecha Servicio Prestado:** 30/10/2025

**Nombre Usuario:** MALDONADO VELEZSONIA

**No. Identificacion:** 51742566

**Entidad o Aseguradora:** CLINICA ASOTRAUMA S.A.S

**Certifico que me han sido prestados servicios de salud:**

RESONANCIA DE TOBILLO DERECHO SIMPLE

**Por:** CENTRO DE ALTA TECNOLOGIA DIAGNOSTICA DEL EJE CAFETERO S.A. CEDICAF S.A.

De conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto Reglamentario 1377 de 2013, autorizo a

CENTRO DE ALTA TECNOLOGIA DIAGNOSTICA DEL EJE CAFETERO S.A. CEDICAF

para manejar la información personal de mi historia clínica o la de mi protegido entre los que se encuentran nombre, identificación, datos de contacto, diagnostico, entre otros; con la finalidad de realizar los trámites administrativos y contractuales requeridos (Reporte a los entes de control del sector salud, Entidades Responsables de Pago, Aseguradoras y Entidades de la rama judicial.)

  
**FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE**

No. Identificacion: 51742566



Huella

FECHA: 14/10/2025 F.NACIM.: 3-Oct-1964 EDAD: 61 DOCUMENTO: 51742566

NOMBRES: MALDONADO VELEZ SONIA

DIRECCION: CALLE 138 N 8 61 BARRIO SALADO

TELEFONO: 3239727714



Clinica  
**Asotrauma**

S934 ESGWINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

R/:

RMN DE TOBILLO DERECHO

Clinico Asotrauma **AUTORIZADO**  
Firma: *Juan* NIT. 800.209.891-7  
Fecha: *30 Oct 2025*  
ESTA ORDEN TENDRÁ UNA VIGENCIA DE 20 DIAS HÁBILES

PRIORIDAD ALTA

PRIORIDAD ALTA

*Juan Juan Juan*  
DR. JUAN C.O. JAVIER OSPINA ORTIZ

Clínica de Traumatología S.A.C.C.

C.C. 78.107.053

DR. OSPINA ORTIZ JUAN

REG MED 182869

CC - 75107093

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

c1 18 # 2-102  
Intoxicacion  
cedula=

Alejandra Martinez Maldonado

CC: 10190917564

Hija.

**ESTUDIO:** RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO  
**NOMBRE:** SONIA MALDONADO VELEZ  
**DOCUMENTO:** CC 51742566  
**FECHA ESTUDIO:** 2025-10-30  
**ENTIDAD:** CLINICA ASOTRAUMA S.A.S

**EDAD:** 61 AÑOS  
**REMITE:**  
**SEDE:** CEDICAF\_IBAGUE

### TÉCNICA UTILIZADA

Empleando secuencias de pulso potenciadas en T1, T2 Fat-Sat y STIR en planos e incidencias axial, coronal y sagital. Así mismo, secuencias EG T2\* axial y coronal.

### HALLAZGOS

Ligera hiperintensidad de señal sin interrupción de las fibras del ligamento peroneo astragalino anterior y peroneo calcáneo.

No hay derrame articular.

No se aprecian lesiones osteocondrales, trazos de fractura ni contusiones óseas.

Las estructuras óseas son de estructura e intensidad de señal normales, sin lesiones expansivas.

Resto del complejo ligamento colateral lateral es normal.

El ligamento deltoideo es normal.

Los tendones flexores y extensores son de apariencia satisfactoria.

El túnel y seno del tarso son normales.

El tendón de Aquiles es de estructura e intensidad de señal normal.

La fascia plantar es de apariencia usual.

Las estructuras vasculonerviosas sin alteraciones.

Los planos musculares son normales.

Leve edema del tejido subcutáneo en la región perimaleolar externa.

Resto del tejido celular subcutáneo no presenta alteraciones.

### CONCLUSIÓN

**Lesión grado I del ligamento peroneo astragalino anterior.**

**Lesión grado I del ligamento peroneo calcáneo.**

**Leve edema del tejido subcutáneo en la región perimaleolar externa.**

ESTUDIO: RESONANCIA MAGNETICA DE TOBILLO DERECHO  
NOMBRE: SONIA MALDONADO VELEZ  
DOCUMENTO: CC 51742566  
FECHA ESTUDIO: 2025-10-30  
ENTIDAD: CLINICA ASOTRAUMA S.A.S

EDAD: 61 AÑOS  
REMITENTE:  
SEDE: CEDICAF\_IBAGUE

Siguiendo recomendaciones basadas en consensos de expertos e informadas en la evidencia, en esta organización se cumplen estrictamente las medidas de bioseguridad y uso de elementos de protección personal por parte de los usuarios y el talento humano en salud, además estamos adheridos a los protocolos expedidos por el ministerio de salud y protección social para la atención de la pandemia y la normativa aplicable.

H+C-



Informe firmado electrónicamente por:  
**Dr. Johan Manuel Cerquera Pobre**  
**Médico Radiólogo**  
**No. registro: 107526513**  
**Fecha y hora de firma: 01-11-2025 10:21**

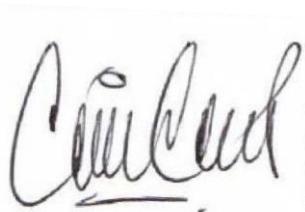
Pereira citas: 340 2111 •Cra. 15 N.º 13-28, Barrio Los Alpes  
Ibagué citas: 259 6500 •Resonancia: calle 18 N.º 7-102, Barrio Interlaken  
Medicina Nuclear: calle 18 N.º 7-88, Barrio Interlaken  
Armenia citas: 736 2888 •Calle 2 Norte N.º 12-32, Alcázar  
Clínica Sagrada Familia: cra. 15 con calle 10 esquina -Torre A  
Tuluá citas: 235 9985 •Cra. 34 N.º 27-33

**CERTIFICA QUE:**

CLÍNICA ASOTRAUMA S.A.S, canceló los servicios de **RESONANCIA DE TOBILLO DERECHO SIMPLE**, tomado a **MALDONADO VELEZ SONIA**, Identificado con cedula No. 51742566 servicios prestados en virtud de la utilización de los esquemas de referencia y contra referencia; mediante la **factura Nº 454857** con fecha de atención del 30/10/2025 de CLÍNICA ASOTRAUMA S.A.S.

Para constancia se firma a los 06 días del mes de noviembre de 2025 a solicitud de CLINICA ASOTRAUMA, con destino a aseguradora.

Cordial Saludo;



**CRISTINA CARDOZO PACHECO**  
Director Agencia Ibagué

51742566

ADMISSION N\_:

1183323

SINIESTRO:

141735

NOMBRE: MALDONADO VELEZ SONIA

Num. Id-:

CC

51742566

FECHA NACIMIENTO: 64.10.03

EDAD: 61 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: CALLE 138 N 8 61 BARRIO SALADO

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO: 3239727714

RESPONSABLE:

OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.11.13/16:42:50

#### MOTIVO CONSULTA

PRIMERA VEZ CIRUGIA DE PIE Y TOBILLO

#### ENFERMEDAD ACTUAL

Accidente de transito del 31 de Agosto del 2025

ESGUINCE DE TOBILLO DERECHO GRADO II

#### ANTECEDENTES

---><<25.10.14-16:18:40>>, (DR(A)). JFJ - OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO - C.C. 75107093 - REG.

MEDICO: 182869 - ORTOPEDIA DE TOBILLO Y PIE H.ME: 1183323

VACUNA FIEBRE AMARILLA: 2025

ALERGIA: DICLOFENACO, PNC, TRAMADOL, ASA

PATOLOGIA: HTA

FARMACO: LOSARTAN + HIDROXILOROTIAZIDA, BISOPROLOL

---><<2025.10.14-18:30:22>>, (DR(A)). GMM - MOLANO ORTIZ GLORIA MAYERLY - C.C. 1032389889 - REG.

MEDICO: 73669 - MEDICINA GENERAL H.U. 1183420

PAT : NIEGA

#### REVISION X SISTEMA

NIEGA

#### EXAMEN FISICO

BUEN ESTADO

TOBILLO DERECHO CON DOLOR EN PANTARRILLA DERECHA, EDEMA

#### EXAMEN FISICO

SIGNS VITALES TA: 100/70 FC: 57 FR: 18 T: 36 PESO: 64 TALLA: 149

#### EXAMEN

BUEN ESTADO

TOBILLO DERECHO CON DOLOR EN PANTARRILLA DERECHA, EDEMA

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

##### DIAGNOSTICO DE INGRESO

S934 ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO

##### ANALISIS//PLAN

PACIENTE QUE REQUIERE CONTINUAR CON TERAPIA FISICA, USO DE MEDIAS DE COMPRESION PARA MANEJO DE EDEMA, RETIRO DE BOTA WALKER, TOMA DE RMN DE TOBILLO DERECHO PARA DESCARTAR LESIONES LIGAMENTARIAS, SE DA CITA DE CONTROL CON RESULTADOS

PACIENTE QUE REQUIERE VALORACION POR URGENCIAS POR DOLOR EN PANTARRILLA DERECHA PARA TOMA DE DOPPLER VENOSO Y DESCARTAR TVP

PENDIENTE TERAPIA FISICA

##### FORMULACION

---><<25.10.14-16:18:40>>, (DR(A)). JFJ - OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO - C.C. 75107093 - REG.

MEDICO: 182869 - ORTOPEDIA DE TOBILLO Y PIE H.ME: 1183323

\*\* OTROS:

RMN DE TOBILLO DERECHO

\*\* PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

51742566

ADMISSION N\_:

1183323

SINIESTRO:

141735

NOMBRE: MALDONADO VELEZ SONIA

Num. Id-:

CC

51742566

FECHA NACIMIENTO: 64.10.03

EDAD: 61 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: CALLE 138 N 8 61 BARRIO SALADO

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO: 3239727714

RESPONSABLE:

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.11.13/16:42:51

SS CITA CONTROL CX DE PIE Y TOBILLO DR OSPINA CON RESULTADOS

\*\* ORDENES Qx:

10 SESIONES DE TERAPIA FISICA

\*\* JUSTIFICACION \*\*

ARCOS DE MOVILIDAD

SEDATIVA

PROPIOCEPCION

ENTRENAMIENTO EN MARCHA

\*\* OTROS:

ACIENTE QUE REQUIERE VALORACION POR URGENCIAS POR DOLOR EN PANTORRILLA DERECHA PARA TOMA DE DOPPLER VENOSO Y DESCARTAR TVP

## SALIDA DEL PACIENTE

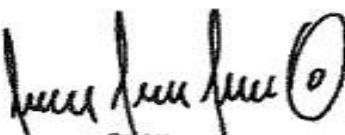
DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.10.14

HORA DE EGRESO: 16:18

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Doctor  
JUAN FCO. JAVIER OSPINA ORTIZ  
Ortopedia y Traumatología  
C.I.C. 76.107.093

**Dr. OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO**

Registro Médico: 182869

CC - 75107093

Especialidad: ORTOPEDIA DE TOBILLO Y

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

51742566

ADMISSION N\_: 1170816

SINIESTRO: 141735

NOMBRE: MALDONADO VELEZ SONIA Num. Id-: CC 51742566  
FECHA NACIMIENTO: 64.10.03 EDAD: 61 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: CALLE 138 N 8 61 BARRIO SALADO CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3239727714  
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.08.31 20:26  
Fecha/Hora de registro: 2025.08.31 23:02  
**OBSERVACION**

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.08.31

<<REGISTRO: 23:02:35 >> (DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA  
**MOTIVO CONSULTA** GENERAL)

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUIEN SUFRE LESIONES AL SER ARROLLADO POR VEHICULO TIPO AUTOMOVIL

**REINGRESO** NO

### ESTADO AL INGRESO

ACEPTABLE ESTAO GENERA

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ACCIDNETE DE TRANSITO PEATON ARROLLADO POR CARRO CON POSTERIOR TRAUMA  
TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO SOMONOLENCIA, VISION BORORODA CEFALEA INTENSA  
TRAUMA HOMBRO DERECHO E IZQUIERDO CON DOLOR AL MOVIMIENTO NO LIMITACION  
TRAUMA EN CADERA BILATERAL CON CREPITACION DOLOR INTENSO ALTERACION ALA MARCHA POR DOLOR  
CUELLO DE PIE DERECHO EDEMA GRADO II DOLOR LIMITACION AL MOVIMIENTO ASISTE A AVLORACION

### REVISION POR SISTEMA

#### ANTECEDENTES

--><<2025.08.31-23:02:37>>, (DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA  
GENERAL) H.U. 1170816  
VACUNAS FIEBRE AMARILLA PRESNETE  
COVID PRESNETE

## \*\* EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO \*\*

SIGNOS VITALES TA: 100/77 FC: 88 FR: 21 Tmp: 36 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA:  OBNUBILADO:  ESTUPOROSO:  COMA:  GLASGOW: ( 15 )

### CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NORMCOEFAKO TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO SOMONOLENCIA, VISION BORORODA CEFALEA INTENSA

### CUELLO

MOVIL

### TORAX

SIMETRICO

### ABDOMEN

BALDNO NO DOLOR

### DORSOEXT

TRAUMA HOMBRO DERECHO E IZQUIERDO CON DOLOR AL MOVIMIENTO NO LIMITACION, AUNQUE REFIERE CAMBISO ARTROSICOS  
ANTIGUOS CON INFILTRACION EN VARIAS OCAISONES CON DOLOR PERSISTENTE CRONICO ( LO REFIRIO LA PACIENTE Y LA HIJA  
DELANTE DEL ESPOSO ) TRAUMA EN CADERA BILATERAL CON CREPITACION DOLOR INTENSO ALTERACION ALA MARCHA POR  
DOLOR CUELLO DE PIE DERECHO EDEMA GRADO II DOLOR LIMITACION AL MOVIMIENTO

### NEUROLOGICO

SOMNOLENCE VISION BORRSA

### PIEL

EDEMA EQUIMOSIS

### FANERAS

DOLOR

## DIAGNOSTICOS INGRESO

### DIAGNOSTICO DE INGRESO

S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

51742566

ADMISSION N\_:

1170816

SINIESTRO:

141735

NOMBRE: MALDONADO VELEZ SONIA Num. Id-: CC 51742566  
FECHA NACIMIENTO: 64.10.03 EDAD: 61 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: CALLE 138 N 8 61 BARRIO SALADO CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3239727714  
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.08.31 20:26  
Fecha/Hora de registro: 2025.08.31 23:02  
OBSERVACION

## DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S700 - CONTUSION DE LA CADERA

## \*\* ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS \*\*

### PLAN/CONDUCTA

PACIENTE PEATON ARROLLADA CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO SOMONOLENCIA, VISION BORRODA CEFALEA INTENSA

TRAUMA HOMBRO DERECHO E IZQUIERDO CON DOLOR AL MOVIMIENTO NO LIMITACION ( REFIERE DOLOR CRONICO ANTIGUO , CON INFILTRACION REFERIDO POR ESPOSO HIJA SE LEVANTO DELA SILLA DE RUEDAS Y SE APOYO EN AMBAS EXTREMIDADES UPERIORES )

TRAUMA EN CADERA BILATERAL CON CREPITACION DOLOR INTENSO ALTERACION ALA MARCHA POR DOLOR  
CUELLO DE PIE DERECHO EDEMA GRADO II DOLOR LIMITACION AL MOVIMIENTO ASISTE A AVLORACION

SE INDICA

ERX DE CADERA

RX DE CUELLO DE PIE DERECHO

TAC DE CRANEO SIMPLE VISION BORROSA CEFALEA INTENSA MANESIA DEL EVENTO UNOS SEGUNDO AL INTERROGATORIO

ES ALERGICA A VARIOS MEDICAMENTOS

### EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

VISION BORROSA CERFALEA INTENSA AMNESIA DEL EVENTO

RX CADERA COMPARATIVA

JUSTIFICACION

TRAUMA EN CADERA BILATERAL CON CREPITACION DOLOR INTENSO ALTERACION ALA MARCHA POR DOLOR

RX CUELLO DE PIE, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

CUELLO DE PIE DERECHO EDEMA GRADO II DOLOR LIMITACION AL MOVIMIENTO ASISTE A AVLORACION

## DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

### DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S700 - CONTUSION DE LA CADERA

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.01

<< REGISTRO: 00:54:24 >>

(DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA GENERAL)

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

51742566

ADMISSION N\_: 1170816

SINIESTRO: 0

NOMBRE: MALDONADO VELEZ SONIA	Num. Id-:	CC	51742566
FECHA NACIMIENTO: 64.10.03	EDAD:	61 A	SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 138 N 8 61 BARRIO SALADO	CIUDAD:	IBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3239727714
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	RESPONSABLE:		
AT: NO OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.08.31	20:26
OBSERVACION	Fecha/Hora de registro:	2025.08.31	23:02

## \*\* ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS \*\*

### EVOLUCION

NOTA MEEICA  
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE  
ESGUIINCE DE CUELLO DE PIE DERECHO GRADO II  
TCE MODERADO  
TRAUMA EN CADERA  
REFIERE ETSRA BIEN

EXAMEN FISIOC  
TRAUMA HOMBRO DERECHO E IZQUIERDO CON DOLOR AL MOVIMIENTO NO LIMITACION, AUNQUE REFIERE CAMBISO ARTROSICOS ANTIGUOS CON INFILTRACION EN VARIAS OCAISONES CON DOLOR PERSISTENTE CRONCIO ( LO REFIRIO LA PACIENTE Y LA HIJA DELANTE DEL ESPOSO ) TRAUMA EN CADERA BILATERAL CON CREPITACION DOLOR INTENSO ALTERACION ALA MARCHA POR DOLOR CUELLO DE PIE DERECHO EDEMA GRADO II DOLOR LIMITACION AL MOVIMIENTO

IMAGENES  
TAC DE CRANEO SIMPLE NO LESIONES NO HEMATOMAS NORMAL

RX DE CADERA COMPARATIVA NNO TRAZOS DE FRACTURA APARENTE  
RX DE CADERA DERECHA NO TRAZOS DE FRACTURA APARENTE  
RX DE CADERA IZQUIERDA NO TRAZOS DE FRACTURA APARENTE  
RX DE CUELLO DE PIE DERECHO NO TRAZOS DE FRACTURA APARENTE

A/ PACIENTE SE DESCARTAN LESIONES OSEA CON ESGUINCE SE INDICA SEGUN PORTOCOLO INSTITCIONAL PARA ESGUIN TERAPIA FISICA MULETAS  
BOTA WALKER  
CONTROL POR CIURGIA DE PIE Y TOBILLO  
ANALGESICO PACIENTE CON MULTIPLES ALERGIAS MEDIOS FISICOS

<<REGISTRO: 03:58:51 >> (DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA GENERAL)

## \*\* ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS \*\*

### EVOLUCION

SE PASA A SALAS DE YESO DOTADA PARA TAL FDIN PACIENTE CONE SGUINCE DE CUELLO DE PIE DERECHHO GRADO II SE INMOVILIZA BOTA DE WALKER PARA ESTABILIDADADA DE ARTICULACION DISMINUICON DE EDEMA POSTERIOR SLAID AONC RECOMEDACIONES CUIDADO MULETAS AXILARES PARA EVIATR APOYO SIGNOS DE LARMAS INDICACION DE TERAPIA FIISCA POSTERIOR

**\*\* SALIDA DEL PACIENTE \*\***

DESTINO SALIDA:

FECHA DE EGRESO: . . .

ESTADO A LA SALIDA:

SERVICIO:

HORA DE EGRESO:



**Dr. BARRETO LUNA ELIANA KATERINE**

Registro Medico: 1108931197

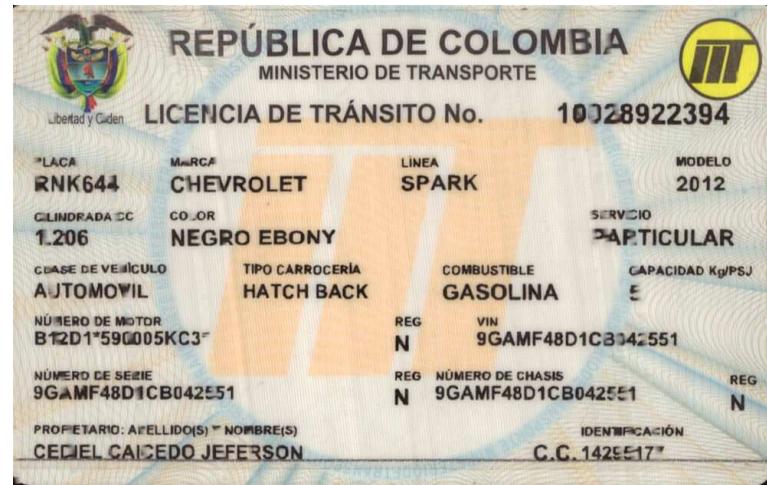
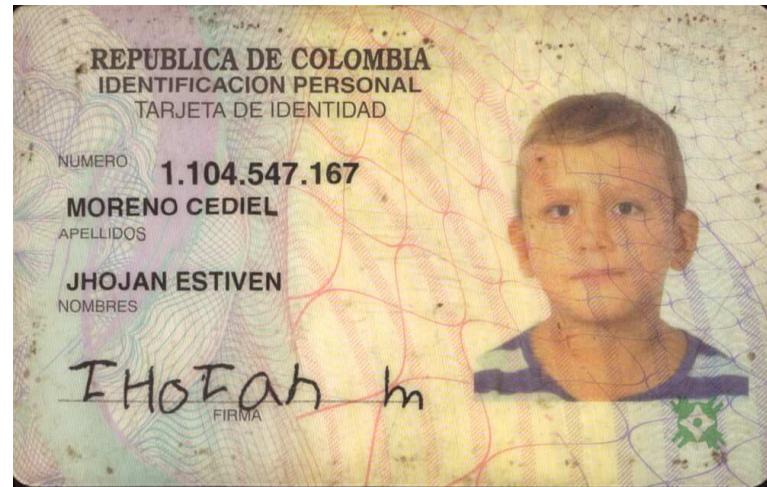
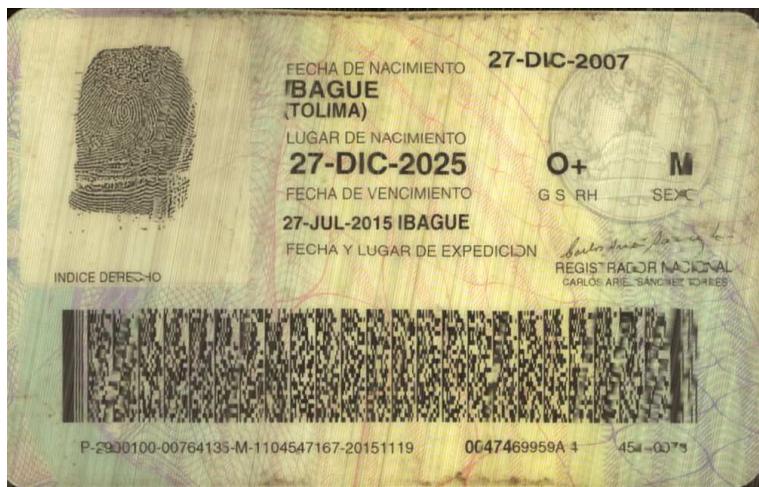
CC - 1108931197

**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: \_\_\_\_\_





Resultado Consulta



X

## Transporte

Su sesión ha expirado, haga clic en el botón aceptar para realizar otra consulta.

Consulta Automotores

Aceptar  
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:

**RNK644**

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

**10028922394**

ESTADO DEL VEHÍCULO:

**ACTIVO**

TIPO DE SERVICIO:

**Particular**

CLASE DE VEHÍCULO:

**AUTOMOVIL**

### Información general del vehículo

MARCA:

**CHEVROLET**

LÍNEA:

**SPARK**

MODELO:

**2012**  
**Resultado Consulta**

COLOR:

Su **NEGRO EBONY**, haga clic en el botón aceptar para realizar otra consulta.

NÚMERO DE SERIE:

**9GAMF48D1CB042551**

NÚMERO DE MOTOR:

**B12D1\*590005KC3\***

NÚMERO DE CHASIS:

**9GAMF48D1CB042551**

NÚMERO DE VIN:

**9GAMF48D1CB042551**

CILINDRAJE:

**1206**

TIPO DE CARROCERÍA:

**HATCH BACK**

TIPO COMBUSTIBLE:

**GASOLINA**

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

 **25/11/2011**

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

**SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA**

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

**NO**

CLÁSICO O ANTIGUO:

**NO**

REPOTENCIADO:

**NO**

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

Resultado Consulta

**NO**

Su sesión ha expirado, haga clic en el botón aceptar para realizar otra consulta.

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:

**4**

**Para conocer el historial de propietarios**

**Consulte el Histórico Vehicular Aquí**

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza Resultado Consulta	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
91727192 Su sesión ha expirado, haga clic en el botón aceptar para realizar otra consulta.	02/07/2025	03/07/2025	02/07/2026	512	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	VIGENTE
4308005507899000	02/07/2024	03/07/2024	02/07/2025	512	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
890104505800100	01/07/2023	02/07/2023	01/07/2024	512	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	NO VIGENTE
14266500001880	30/06/2022	01/07/2022	30/06/2023	512	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
15056800018700	29/06/2021	30/06/2021	29/06/2022	511	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	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  
Resultado Consulta**

Su sesión ha expirado, haga clic en el botón aceptar para realizar otra consulta.

 **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)