



## 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 29795

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE, 5-Nov-2025

HORA 15:21:08

ACEPTACION DIAN:

25.11.05 03:57:28 PM

ENTIDAD RESPONSABLE		( 860037013 )	TIPO CONTRATO	ORDEN SS	TIPO INGRESO
860037013-6	MUNDIAL SEGUROS		EVENTO	1-1179878	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 - 38246449	URUEÑA ZAMORA EDILMA	EDAD : 67 Años		:
OBSERVACIONES:				ESTRATO:IO ESPECIFICADO	
COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO %	MED	CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL
<b>MEDICAMENTOS AMBULATORIOS</b>					
19925329-04	ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325/37.5MG ZALDIAR			90	2,500 225,000
20093155-03	PREGABALINA CAPSULA X 75MG PRECIO REGULADO			30	1,700 51,000
<b>OTROS</b>					
39143-ORT	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA	39143-ORT		1	75,400 75,400

SUB TOTAL PAGINA \$ 351,400

\* .T VALOR BRUTO: 351,400 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 351,400

SON: TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN 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

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

Cufe: ac7009e6b252201c20061a90933d83f33c71336823be8c11f6c3c22a52d08014a4c82a3649005e94c6c054d3daf23d50

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



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%n:	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	29795						
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													
URUEÑA					ZAMORA								
1er.Apellido o Razon Social					2do.Apellido								
EDILMA					Ter.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:	38246449						
De: 25035	Fecha de Nacimiento:				14/3/1958				Sexo:				<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Direcci%n:	KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA FORTUNA												
Departamento:	CUNDINAMARCA				Cod. 25	Telefono:				3112181300			
Municipio:	ANAPOIMA				Cod. 035								
Condicion del accidentado:	<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Peaton <input checked="" 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"/>	Huracan <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%n <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"/>				
Direcci%n de la Ocurrencia:	KM 9 MAS 500 VIA IBAGUE AL CAÑON DEL COMBEIMA												
Fecha Evento/Accidente:	23/6/2025				Hora: 15:25								
Departamento:	TOLIMA				Cod. 73								
Municipio:	IBAGUE				Cod. 001					Zona: <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> R			
Informe del accidente (Relato breve de los hechos): PACIENTE EN CALIDAD DE DE OCUPANTE DE VEHICULO RESULTA LESIONADA AL CAERLE UNA ROCA SOBRE ESTE RESULTANDO LESIONADA													
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO													
CHILATRA					URUEÑA								
1er.Apellido o Razon Social					2do.Apellido								
DIANA					MILENA								
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:	65777771						
Direccion:	KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA FORTUNA												
Departamento:	CUNDINAMARCA				Cod. 25								
Municipio:	ANAPOIMA				Cod. 035	Telefono:				3103115191			
Total Folios: 22													
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:	KIA Placa: HBO808				No. Siras: a6993458751869cf								
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%n de la Auto.				Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
Poliza SOAT No	90112338				Cobro excedente P%liza				Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
Vigencia de la Poliza:	Desde: 16/12/2024	Hasta: 15/12/2025											
VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA													
Codigo CUPS Hospitalizaci%n:	890380				Complejidad de Procedimiento Quirurgico:				MEDIA				
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	890380				Dias de UCI reclamados:				0				
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	890380				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

CAICEDO	CARDOSO		
1er.Apellido	2do.Apellido		
HAROLD	EDUARDO		
Ter.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	1105670155
Direcci'on:	KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA FORTUNA		
Departamento:	CUNDINAMARCA	Cod. 25	Tel'fono: 3028624851
Municipio:	ANAPOIMA	Cod. 035	

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:	C'odigo de inscrici'on:			
Direccion:	Telefono:			
Profesional que Remite:	Cargo:			
Fecha de Aceptaci'on:	/ /	a las		
Prestador que recibe:	C'odigo de inscrici'on:			
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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

Fecha de ingreso:	1/10/2025	a las 09:27	Fecha de Egreso:	1/10/2025	a las 09:44
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					

FLETSCHER	COVALEDA		
1er.Apellido del MUDico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUDico o Profesional tratante		
GABRIEL	FERNANDO		
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	14295088
		N'mero de Registro de M'udico	73285

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	351400	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'i'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 podra 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 asY, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci'on.

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CA'N

NOMBRE CC . 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

625-23

**Fecha:** 2025-10-01

Yo, **URUEÑA ZAMORA EDILMA** identificado con documento NRO **38246449** 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](mailto: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

**URUEÑA ZAMORA EDILMA**  
**38246449**

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

Clinica



FECHA: 1/10/2025 F.NACIM.: 14-Mar-1958 EDAD: 67 DOCUMENTO: 38246449  
NOMBRES: URUEÑA ZAMORA EDILMA  
DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA FORTUNA TELEFONO: 3112181300

## Asotrauma

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

### PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

R/:

1. PREGABALINA CAPSULA X 75MG CANT:30 VIA ADM:ORAL  
1 EN LA NOCHE POR 30 DIAS
2. ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325/37.5MG CANT:90 VIA ADM:ORAL  
8 HORAS SI DOLOR

Gabriel F. Fleischer C.  
Ortopedia y Traumatología  
tp 73285-2009

DR. FLETSCHER COVALEDA

REG MED 732892009

CC - 14295088

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

FECHA: 10/9/2025 F.NACIM.: 14-Mar-1958 EDAD: 67 DOCUMENTO: 38246449

NOMBRES: URUEÑA ZAMORA EDILMA

DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA FORTUNA

TELEFONO: 3112181300

Clinica

**Asotrauma**

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ORDEN MEDICA

R/: CONTROL CON RESULTADOS

JUAN 149848  
23bund2015

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

**Gabriel E. Fleischner**

**G. Fleischner**  
Ortopedia y Traumatología  
316 876 7099

DR. FLETSCHER COVALEDA

REG MED 732892009

CC - 14295088

**38246449****ADMISION N\_:****1179878****SINIESTRO:****136275****NOMBRE:** URUEÑA ZAMORA EDILMA**Num. Id-:** CC

38246449

**FECHA NACIMIENTO:** 58.03.14**EDAD:** 67 A**SEXO:**F**ESTADO CIVIL:** U**DIRECCION:** KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA**CIUDAD:** ANAPOIMA**DPTO:** 25**TELEFONO:** 3112181300**RESPONSABLE:** JOSE EDUARDO CHILATRA**OCCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN**OBSERVACION:****FECHA Y HORA DE IMPRESION:** 2025.11.04/16:47:56**MOTIVO CONSULTA**

CONTROL

**ENFERMEDAD ACTUAL**

POP OSTEOSITNESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA. ACCIDENTE DE TRANSITO JUNIO 23/2025. REFIERE MEJORIA FUNCIONAL. DOLOR A NVIEL DEL HOMBRO, LIMTIACION PARA LA ELEVACION SENSACION DE MASA EN REGION DELTOIDEA. FUE VALORADA PREVIAMENTE POR LO QUE SE SOLICITO ECOGRAFIA DE HOMBRO LA CUAL DOCUMENTA TENDINOSIS CON DESGARRO PARCIAL DEL SUPRAESPINOSO, EDEMA DE LOS TEJIDOS BLANDOS SUPERFICIALES EN EGION POSTERIOR Y PROXIMAL LATERAL DEL BRAZO. COLECCIONES COMPATIBLES CON HEMATOMAS RESIDUALES.

**ANTECEDENTES**

---><<25.10.01-09:43:47>>, (DR(A). GFC - FLETSCHER COVALEDA GABRIEL FER - C.C. 14295088 - REG.

MEDICO: 73285 - ORTOPEDIA) H.ME: 1179878

PATOLOGICOS: HIPOTIROIDISMO

FAR: EUTIROX

ALERGICOS: NIEGA

**REVISION X SISTEMA**

NO FIEBRE

**EXAMEN FISICO**

BUEN ESTADO GENERAL

ALERTA, GLASGOW 15/15

HOMBRO CON EDEMA EN REGION DELTOIDEA, HERIDA SIN SIGNOS DE INFECCION. DOLOR A LA MOVILIZACION ARTICULAR. NO DEFICIT NEUROVASCULAR.

**EXAMEN FISICO**

**SIGNOS VITALES** TA: 120/80      **FC:**      **FR:**      **T:** 36.2      **PESO:** 70      **TALLA:** 156

**EXAMEN**

BUEN ESTADO GENERAL

ALERTA, GLASGOW 15/15

HOMBRO CON EDEMA EN REGION DELTOIDEA, HERIDA SIN SIGNOS DE INFECCION. DOLOR A LA MOVILIZACION ARTICULAR. NO DEFICIT NEUROVASCULAR.

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO****DIAGNOSTICO DE INGRESO**

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

**ANALISIS//PLAN**

PACIENTE SIN EVIDENICA DE LESIONES QUE REQUIERAN TTRAMEINTOQ UIRURGICO EN EL MOMENTO. SE CONSIDERA MANEJO DEL DOLOR Y TERAPIA FISICA. CONTROL EN 2 MESES CON RADIOGRAFAS.

**FORMULACION**

---><<25.10.01-09:43:46>>, (DR(A). GFC - FLETSCHER COVALEDA GABRIEL FER - C.C. 14295088 - REG.

MEDICO: 73285 - ORTOPEDIA) H.ME: 1179878

\*\* MEDICAMENTOS:

- |  |         |              |
|--|---------|--------------|
| 1. PREGABALINA CAPSULA X 75MG<br>1 EN LA NOCHE POR 30 DIAS | CANT:30 | VIA ADM:ORAL |
| 2. ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325/37.5MG<br>8 HORAS SI DOLOR  | CANT:90 | VIA ADM:ORAL |

38246449

ADMISSION N\_:

1179878

SINIESTRO:

136275

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA

Num. Id-: CC

38246449

FECHA NACIMIENTO: 58.03.14

EDAD: 67 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA

CIUDAD: ANAPOIMA

DPTO: 25

TELEFONO: 3112181300

RESPONSABLE: JOSE EDUARDO CHILATRA

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.11.04/16:47:56

\*\* PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

CONTROL EN 2 MESES

\*\* ORDENES MEDICAS:

RX DE HOMBRO IZQUIERDO

\*\* TERAPIAS:

TERAPIA FISICA NUMERO 10

\*\* JUSTIFICACION \*\*

FRACTURA DE CLAVICULA

TRAUMATISMO MANGUITO ROTADOR

## SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.10.01

HORA DE EGRESO: 09:43

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



**Dr. FLETSCHER COVALEDA GABRIEL FERNANDO**

Registro Médico: 73285

CC - 14295088

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: \_\_\_\_\_



Caja  
Asotrauma  
Nit. 800209891

### DISPENSACION FORMULA AMBULATORIA

No. Despacho: 1-1132969

No. Pedido: 1244291

Fecha Registro: Fecha/Hora Act:  
25.10.01 25.10.01/09:54:24  
Ciudad ASOTRAUMA

**USUARIO:** URUEÑA ZAMORA EDILMA

DOC.IDENT: CC 38246449 CAMA:  
ENTIDAD: AT1317 - MUNDIAL DE SEGUROS

TEL.: 3112181300

AREA: CONSULTA INT/EXT

ORIGEN: BODEGA FORMULA AMB (FA)

MEDICO: Dr. FLETSCHER COALEDA GABRIEL FERNANDO

BOD MAR REFERENCIA	PRES	DESCRIPCION DEL ITEM	REFE/DIMEN	CANTIDAD	OBSERVACIONES
099 MSN 01	TABL	PREGABALINA CAPSULA X 75MG	PRECIO	30.00	/
099 GRU 9581	TABL	ACETAMINOFEN + TRAMADOL	ZALDIAR	90.00	/

OBSERVACIONES: PEDIDO AMB. GENERADO DESDE CONSULTA INT/	UNIDADES TOTAL 120.00	Entregado Por: <i>Edilma Zamora Barreto</i>	Recibido Por: Firma: Nombre y Apellido: Cedula: Celular: Parentesco: Acudiente: <input checked="" type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	--	---

LA ORDEN MEDICA PARA LA ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS TIENE UNA VIGENCIA DE 72 HORAS

38246449

ADMISSION N\_:

1158208

SINIESTRO:

136275

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA

Num. Id-: CC

38246449

FECHA NACIMIENTO: 58.03.14

EDAD: 67 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA

CIUDAD: ANAPOIMA

DPTO: 25

TELEFONO: 3112181300

RESPONSABLE: JOSE EDUARDO CHILATRA

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.08.26/08:34:55

#### MOTIVO CONSULTA

CONTROL POR TRAUMA COSTAL IZQUIERDO

#### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASISTE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE HIJO - REFIERE HABER SUFRIDO TRAUMA DE TORAX CERRADO EL DIA 23.06.2025 CON FX CLAVICULA IZQ Y MULTIPLES FRACTURAS COSTALES IZQ, SIN LESION PLEURO PULMONAR.

SE REALIZÓ OSTEOSINTESIS DE CLAVICULA IZQ Y MANEJO NO OPERARTORIO DE FX COSTALES ACTUALMENTE REFIERE DOLOR COSTAL IZQ 7/10, DIFICULTAD A LOS MOVIMIENTOS Y AL ACOSTARSE Y SENSACION DE CREPITO COSTAL.

NO TOS - NO DISNEA

#### ANTECEDENTES

---><<2025.07.16-10:30:07>>, (DR(A). CFG - CARLOS FRANCISCO GARCIA LAVERD - C.C. 79389069 - REG.

MEDICO: 012592 - CIRUGIA GENERAL) H.ME: 1158208

PATOLOGICOS: HIPOTIROIDISMO

FAR: EUTIROX

ALERGICOS: NIEGA

#### REVISION X SISTEMA

NO REFIERE

#### EXAMEN FISICO

ACEPTABLES CONDICIONES

AUSCULTACION C/P NORMAL

DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ - SIN CRÉPITOS.

EQUIMOSIS EN PARED TORACCICA IZQ EN PROCESO DE RESOLUCION.

#### EXAMEN FISICO

SIGNS VITALES TA: 110/70 FC: FR: T: 36.0 PESO: 70 TALLA: 157

#### EXAMEN

ACEPTABLES CONDICIONES

AUSCULTACION C/P NORMAL

DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL IZQ - SIN CRÉPITOS.

EQUIMOSIS EN PARED TORACCICA IZQ EN PROCESO DE RESOLUCION.

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

##### DIAGNOSTICO DE INGRESO

S224 FRACTURAS MULTIPLES DE COSTILLA

##### ANALISIS//PLAN

EXPLICO A LA PACIENTE Y AL HIJO LAS LESIONES SUFRIDAS, MUESTRO Y EXPLICO IMAGENES DE TAC Y RX - EXPLICO PROCESO DE CONSOLIDACION

AJUSTO ANALGESIA

CONTINUAR EJERCICIOS DE INCENTIVO RESPIRATORIO

CONTROL EN UN MES

##### FORMULACION

---><<2025.07.16-10:30:06>>, (DR(A). CFG - CARLOS FRANCISCO GARCIA LAVERD - C.C. 79389069 - REG.

MEDICO: 012592 - CIRUGIA GENERAL) H.ME: 1158208

\*\* MEDICAMENTOS:

1. PREGABALINA CAPSULA X 75MG CANT:60 VIA ADM:ORAL  
TOMAR DOS TABLETAS DE 75mg - CADA NOCHE - 7 PM - POR 30 DIAS

2. ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 325/5MG CANT:45 VIA ADM:ORAL

38246449

ADMISSION N\_:

1158208

SINIESTRO:

136275

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA

Num. Id-: CC

38246449

FECHA NACIMIENTO: 58.03.14

EDAD: 67 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA

CIUDAD: ANAPOIMA

DPTO: 25

TELEFONO: 3112181300

RESPONSABLE: JOSE EDUARDO CHILATRA

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.08.26/08:34:55

TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS

\*\* ORDENES MEDICAS:

DX: FRACTURAS COSTALES MULTIPLES IZQ

CITA DE CONTROL POR CIRUGIA GENERAL EN UN MES

### SALIDA DEL PACIENTE

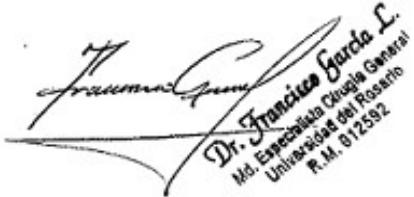
DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.07.16

HORA DE EGRESO: 10:29

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. Francisco Garcia L.  
M.d. Especialista Cirugia General  
Universidad del Rosario  
R.M. 012592

**Dr. CARLOS FRANCISCO GARCIA LAVERD**

Registro Médico: 012592

CC - 79389069

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

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

38246449

ADMISSION N\_: 1152516

SINIESTRO: 136275

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA Num. Id-: CC 38246449  
FECHA NACIMIENTO: 58.03.14 EDAD: 67 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA CIUDAD: ANAPOIMA DPTO: 25 TELEFONO: 3112181300  
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: JOSE EDUARDO CHILATRA  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.06.23 16:07  
Fecha/Hora de registro: 2025.06.23 16:50  
**OBSERVACION**

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.06.23

<<REGISTRO: 16:50:10 >> (DR(A). JUV - RUIZ VILLANUEVA JUAN CARLOS - C.C. 1109001667 - REG. MEDICO: 110900166 - MEDICINA GENERAL)

### MOTIVO CONSULTA

ME DUELE EL HOMBRO

### REINGRESO NO

### ESTADO AL INGRESO

ALERTA SE MOVILIZA POR SUS MEDIOS

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO REFIERE QUE LE CAE UNA ROCA SOBRE EL CARRO, CON POSTERIOR TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUEIRDO DOLOR EN CODA Y BRAZO LIMITACION PARA LA MOVILIDAD.

### REVISION POR SISTEMA

#### ANTECEDENTES

--><<2025.06.23-16:50:12>>, (DR(A). JUV - RUIZ VILLANUEVA JUAN CARLOS - C.C. 1109001667 - REG. MEDICO: 110900166 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1152516

PATOLOGICOS: HIPOTIROIDISMO

FAR: EUTIROX

ALERGICOSX BIEGA

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

SIGNOS VITALES TA: 145/93 FC: 79 FR: 15 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

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

### CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

SIN LESIONES MUCOSA ORAL HUMEDA, PINRLA, SIN OTORRQUIA, TRAUMA CRANEO ENCEFALIO, AMNESIA DLE EVENTO, CEFALEA

### CUELLO

MOVIL, SIN SINGOS DE GATILLO

### TORAX

NO LESIONES NO ENFISEMA, MURMULLO VESICULAR CONSEVRADO, DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO, DOLOR CON LA INSPIRACION Y MOVILIZACION DE TORAX

### ABDOMEN

BLANDO, SUAVE, SIN IRRITACION PERITOENAL

### GENITOURINARIO

NO EVALUO

### PELVIS

ESTABLE,

### DORSOEXT

HOMBRO IZQUIERDO, EDEMA, DOLOR, DEFORMIDD EN CLAVICULA, LIMITACION PARA LA MOVILIDASD. CODA IZQUIERDO, EDEMA, DOLOR, LIMITACION PARA LA MOVILIDAD, MOVILIDAD DISTLA CONSERVADA, PERFUSION DISTAL 2 SEG.

### NEUROLOGICO

ALERTA, SIMETRIA FACIAL, HACE CONCTACTO VISUAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

## DIAGNOSTICOS INGRESO

### DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

38246449

ADMISSION N\_: 1152516

SINIESTRO: 136275

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA Num. Id-: CC 38246449  
FECHA NACIMIENTO: 58.03.14 EDAD: 67 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA CIUDAD: ANAPOIMA DPTO: 25 TELEFONO: 3112181300  
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: JOSE EDUARDO CHILATRA  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.06.23 16:07  
Observacion Fecha/Hora de registro: 2025.06.23 16:50

## DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S224 - FRACTURAS MULTIPLES DE COSTILLA

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

### PLAN/CONDUCTA

SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO, EN EL MOMENTO ALERTA, SINGOS VITALES NORMALES, IMPRESIONA DEOFRMAID EN CLAVICLA IZQUEIRDA TRAUMA CERRADO DE TORAXC, ESTABLE, INDICO CANALIZAR, MANEJO DEL DOLOR, TOMA DE RX, EXPLICO A PACIENTE SU CONDICION, ENTIENDNE Y ACEPTE-.

\*\* OTROS:

CABESTRILLO ADULTO NUMERO 1

### EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX TORAX PA Y LATERAL

JUSTIFICACION

DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO DOLOR CON LA INSPIRACION Y MOVILIZACION DE TORAX

RX REJA COSTAL, AP

JUSTIFICACION

DOLOR A LA PALPACION DE HEMITORAX IZQUIERDO, DOLOR CON LA INSPIRACION Y MOVILIZACION DE TORAX

RX HOMBRO AP-LATERAL

JUSTIFICACION

EDEMA DOLOR, LIMITACION PARA LA MOVILIDAD, DE HOMBRO IZQUIERDO

RX CODA, AP- LATERAL

JUSTIFICACION

EDEMA DOLOR, LIMITACION PARA LA MOVILIDAD, DE CODA IZQUIERDO

### PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

MORFINA AMPOLLA X 10MG/ML CANT: 1 5 MG IV AHORA  
PARACETAMOL SOL. INYECTABLE X 1G/100 CANT: 1 IV CAD8AHRS  
KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 17809 CANT: 1 IV CADA8HRS  
CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML CANT: 1 100CC7 HORA, BOLO DE 500  
CEFAZOLINA POLVO P/INY X 1G CANT: 2 2 GR PROFILAXIS

### DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

#### DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S420 - FRACTURA DE LA CLAVICULA

#### DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

#### DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S224 - FRACTURAS MULTIPLES DE COSTILLA

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

38246449

ADMISSION N\_: 1152516

SINIESTRO: 136275

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA	Num. Id-:	CC	38246449
FECHA NACIMIENTO: 58.03.14	EDAD:	67 A	SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA	CIUDAD:	ANAPOIMA	DPTO: 25 TELEFONO: 3112181300
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:	JOSE EDUARDO CHILATRA	
AT: NO	OBS:	NO	
OBSERVACION			

<< REGISTRO: 17:02:01 >> (DR(A). JUV - RUIZ VILLANUEVA JUAN CARLOS - C.C. 1109001667 - REG. MEDICO: 110900166 - MEDICINA GENERAL)

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

### PLAN/CONDUCTA

\*\* OTROS:

CUADRO HEMATICO, BUN, CREATINIA, GLUCOSA, CPK TOTAL, PT PTT, INR, SODIO, POTASIO, CLORO  
ELETROCARDIOGRAMA

<< REGISTRO: 17:30:17 >> (DR(A). JUV - RUIZ VILLANUEVA JUAN CARLOS - C.C. 1109001667 - REG. MEDICO: 110900166 - MEDICINA GENERAL)

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

### EVOLUCION

REVALORO

RX DE HOMBRO IZQUIERDO CON FRACTURA DIAFISARIA DE CLAVICULA

RX DE REJA COSTAL IZQUIERDA CON FX DE 3-4-7-8 ARCO COSTAL IZQUIERDO

RX DE TORAX RX TORAX TRAQUEA DESVIADA A DERECHA ANGULOS COSTO Y CARDIO FRENICOS LIBRES, SIN  
ENSANCHAMIENTO MEDIASTINAL, CON RADIODIOPACIDAD EN HEMITORAC IZQUIERDO, CONTUSION PULMONAR??  
RX DE CODA IZQUIERDO, ADECUADA RELACION ARTICULAR, SIN FRACTURAS

IDX

FRACTURA CERRADA DE CLAVICULA IZQUIERDA

TRAUMA CERRADO DE TORAX ESTABLE

FRACVTURA DE 3-4-7-8 ARCO COSTAL IZQUIERDOA

CONTUSION PULMONAR IZQUIERDA?

ANALISIS, SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRUAMA DE ALTA ENERGIA EN EL MOMENTO ESTABLE SIN DESTURACION, SIN HIPOTENSIONL, CON FX DE MULTIPLES COSTILLAS TORAXC, ESTABLE, INDICO POR AHORA ANLEGSIA, MONITORIXACION, TOMA DE TAC DE TORAX, PREVIA HIDRTACION CON BOLO DE 1000CC Y NEFROPROTECCION., ADEMÁS CON FRACTURA CERRADA DE CLAVICULA IZQUEIRDA, SE COMENTA CON ORTOPEDIA DR FLETSCHER, EXPLICO A PACIENTE SU CONDICION, ENTIENDNE Y ACEPTQA

### EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

TRAUMA CRANEO ENCEFALIO LEVE, AMNESIA DLE EVENTO, CEFALEA

TAC TORAX CON CONTRASTE

JUSTIFICACION

FX DE 3-4-7-8 ARCO COSTAL IZQUEIRDA, NEUMOTORAX?

### PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

N-ACETILCISTEINA 300MG AMPOLLAX 3 ML CANT: 3 900 MG PARA NEFROPRTECCION

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

38246449

ADMISSION N\_: 1152516  
SINIESTRO: 0

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA	Num. Id-:	CC	38246449
FECHA NACIMIENTO: 58.03.14	EDAD:	67 A	SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA	CIUDAD:	ANAPOIMA	DPTO: 25 TELEFONO: 3112181300
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:	JOSE EDUARDO CHILATRA	
AT: NO OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.06.23	16:07
	Fecha/Hora de registro:	2025.06.23	16:50
<b>OBSERVACION</b>			

<< REGISTRO: 19:03:13 >> (DR(A). JUV - RUIZ VILLANUEVA JUAN CARLOS - C.C. 1109001667 - REG. MEDICO: 110900166 - MEDICINA GENERAL)

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

### EVOLUCION

REVALORO

TAC DE CRANEO, LINEA INTERHEMISFERICA CONSERVADA, SIN LESIONES INTRAPAREQNUIMATOSAS, VENTRICULOS NORMALES, SIN FRACTURAS

TAC DE TORAX CON CONTUSION PULMONAR IZQUIERDA

SE COMENTA CON CIRUGIA GENERAL DR MURILLO, INDICO OXIGENO POR CANULO NASAL A 2 LITRO, INDICO MIDAZOLMA 3 MG, EXPLICÓ SU CONDICION, ENTIENDNE Y ACEPTE.

<< REGISTRO: 21:47:15 >> (DR(A). JUV - RUIZ VILLANUEVA JUAN CARLOS - C.C. 1109001667 - REG. MEDICO: 110900166 - MEDICINA GENERAL)

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

### EVOLUCION

PARACLINICS

HEMOGRAMA, LEUCOS DE 1120 HB 13.20 PLAQUETAS 203.000 LEVE LEUCOCITOSIS, ASOAICOAD A TRUAMA, HEMOGLOBINA NORMAL, PLAQUETAS NORMALES,

PT 12.80 NORMAL PTT30 NORMAL

SODIO 142 NORMAL POTASION 9.93 NORMAL, CLORO 107

GLICEMIA 190 POS PRANDIL

BUN 23.8, CREATININA 1.02

EKG RITMO SINUSAL NORMAL

HA ESTADO CON CIFRAS TENSUAENS LIMITROFES, SIN ANTECENTE DE HIPERTENSION, PODRIA ESTAR EN RELACION POR DOLOR, SE DEBE HACER SEGUIMIENTO, ADEMÁS POR PRESENTAR GLUCOSA FUERA DE METAS, SIN ANTECENTES DE DIABETES MELLITUS, SE SOLICIT GLICOSILADA PARA COMENTAR CON ANESTESIOLOGIA, INDICO HOSPITALIZAR, MANEJO POR ORTOPEDIA Y CIRUGIA GENEAL

### PLAN/CONDUCTA

\*\* OTROS:

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

<< REGISTRO: 22:44:39 >> (DR(A). JPD - DUQUE CRUZ JHON PABLO - C.C. 14295617 - REG. MEDICO: 965 - MEDICINA GENERAL)

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

### PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION  
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2025.06.23-22:44:26

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

38246449

ADMISSION N\_: 1152516

SINIESTRO: 0

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA	Num. Id-:	CC	38246449
FECHA NACIMIENTO: 58.03.14	EDAD:	67 A	SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA	CIUDAD:	ANAPOIMA	DPTO: 25 TELEFONO: 3112181300
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:	JOSE EDUARDO CHILATRA	
AT: NO	OBS:	NO	
OBSERVACION			

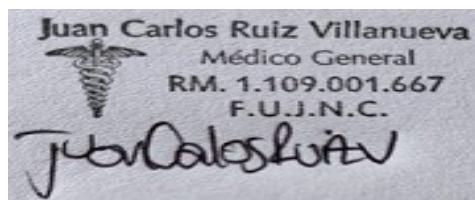
## \*\* SALIDA DEL PACIENTE \*\*

DESTINO SALIDA: HOSPITALIZACION SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 25.06.23 HORA DE EGRESO: 22:44:26

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO

**Dr. RUIZ VILLANUEVA JUAN CARLOS**

Registro Medico: 110900166

CC - 1109001667

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





**ADRES**

## **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### **Resultados de la consulta**

#### **Información Básica del Afiliado :**

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	38246449
NOMBRES	EDILMA
APELLIDOS	URUEÑA ZAMORA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	LA MESA

#### **Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/06/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/23/2025 | Estación de origen: 16:07:32 | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Resultado Consulta



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:

**HBO808**

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

**10013587269**

ESTADO DEL VEHÍCULO:

**ACTIVO**

TIPO DE SERVICIO:

**Particular**

CLASE DE VEHÍCULO:

**AUTOMOVIL**

#### Información general del vehículo

MARCA:

**KIA**

LÍNEA:

**SOUL LX**  
**Resultado Consulta**

MODELO:

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

COLOR:

**BLANCO**

NÚMERO DE SERIE:

NÚMERO DE MOTOR:

**G4FGCH415957**

NÚMERO DE CHASIS:

**KNAJT811AD7543452**

NÚMERO DE VIN:

**KNAJT811AD7543452**

CILINDRAJE:

**1591**

TIPO DE CARROCERÍA:

**HATCH BACK**

TIPO COMBUSTIBLE:

**GASOLINA**

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

 **30/04/2013**

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

**SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA**

GRAVAMENES A LA PROPIEDAD:

**NO**

CLÁSICO O ANTIGUO:

Resultado Consulta

**NO**

**REPROTECCIÓN:**

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

**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:

**5**

Para conocer el historial de propietarios

**Consulte el Histórico Vehicular Aquí**

## Resultado Consulta

### Datos Técnicos del Vehículo

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

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
90112338	15/12/2024	16/12/2024	15/12/2025	522	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	VIGENTE
86794550	06/11/2023	07/11/2023	06/11/2024	522	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	NO VIGENTE
30496024	02/11/2022	03/11/2022	02/11/2023	521	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NO VIGENTE
4124164400	26/08/2021	27/08/2021	26/08/2022	521	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
78002839	21/08/2020	22/08/2020	21/08/2021	521	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS 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 Resultado Consulta

Su sesión ha expirado, regrese al inicio y aceptar para realizar otra consulta.

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)

**NOMBRE:** URUEÑA ZAMORA EDILMA

**Num. Id-:** CC

38246449

**FECHA NACIMIENTO:** 58.03.14

**EDAD:** 67 A

**SEXO:**F

**ESTADO CIVIL:** U

**DIRECCION:** KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA

**CIUDAD:** ANAPOIMA

**DPTO:** 25

**TELEFONO:**3112181300

**RESPONSABLE:** JOSE EDUARDO CHILATRA

**OCCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN

**OBSERVACION:**

**FECHA Y HORA DE IMPRESION:**2025.09.26/11:06:51

**MOTIVO CONSULTA**

CONTROL

**ENFERMEDAD ACTUAL**

POP OSTEOSITNESIS DE CLAVICULA IZQUIERDA. ACCIDENTE DE TRANSITO JUNIO 23/2025. REFIERE MEJORIA FUNCIONAL. DOLOR A NIVEL DEL HOMBRO, LIMITACION PARA LA ELEVACION SENSACION DE MASA EN REGION DELTOIDEA.

**ANTECEDENTES**

---><<25.09.10-10:47:36>>, (DR(A). GFC - FLETSCHER COVALEDA GABRIEL FER - C.C. 14295088 - REG.

MEDICO: 73285 - ORTOPEDIA) H.ME: 1173660

PATOLOGICOS: HIPOTIROIDISMO

FAR: EUTIROX

ALERGICOS: NIEGA

**REVISION X SISTEMA**

NO FIEBRE

**EXAMEN FISICO**

BUEN ESTADO GENERAL

ALERTA GLASGOW 15/15

HERIDA QUIRURGICA EN HOMBRO IZQUIERDO CICATRIZDAS. NO SGIOS DE INFECION. DOLOR A LA MOVILIZACION DEL HOMBRO. ELEVACION ARTICULAR DE 60 GRADOS. SENSACION DE MASA EN REGION DELTOIDEA. NO DEFICIT NEUROVASCULAR.

**EXAMEN FISICO**

**SIGNOS VITALES** TA:110/75

FC:

FR:

T: 36.0

PESO: 69

TALLA: 159

**EXAMEN**

BUEN ESTADO GENERAL

ALERTA GLASGOW 15/15

HERIDA QUIRURGICA EN HOMBRO IZQUIERDO CICATRIZDAS. NO SGIOS DE INFECION. DOLOR A LA MOVILIZACION DEL HOMBRO. ELEVACION ARTICULAR DE 60 GRADOS. SENSACION DE MASA EN REGION DELTOIDEA. NO DEFICIT NEUROVASCULAR.

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

**ANALISIS//PLAN**

PACIENTE CON MASA EN HOMBRO IZQUIERDO. SE CONSIDERA REALIZACION DE ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO IZQUIERDO. REVALORACION CON RESULTADOS.

**FORMULACION**

---><<25.09.10-10:47:36>>, (DR(A). GFC - FLETSCHER COVALEDA GABRIEL FER - C.C. 14295088 - REG.

MEDICO: 73285 - ORTOPEDIA) H.ME: 1173660

\*\* ORDENES Qx:

ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO IZQUIERDO

\*\* ORDENES MEDICAS:

CONTROL CON RESULTADOS

38246449

ADMISSION N\_:

1173660

SINIESTRO:

136275

NOMBRE: URUEÑA ZAMORA EDILMA

Num. Id-: CC

38246449

FECHA NACIMIENTO: 58.03.14

EDAD: 67 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: KM 47 VEREDA CALICHAIMA FINCA LA

CIUDAD: ANAPOIMA

DPTO: 25

TELEFONO: 3112181300

RESPONSABLE: JOSE EDUARDO CHILATRA

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.09.26/11:06:52

## SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.09.10

HORA DE EGRESO: 10:47

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



**Dr. FLETSCHER COVALEDA GABRIEL FER**

Registro Médico: 73285

CC - 14295088

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: \_\_\_\_\_