



# CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

Establecimiento Comercio: Sede 2 Cra 4D No. 32-17

B / Cadiz - Ibague Tels. 2641920 - 2654112



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

COEX 29794

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE, 5-Nov-2025

HORA 15:21:03

ACEPTACION DIAN: 25.11.05 03:58:28 PM

## ENTIDAD RESPONSABLE

( 860037013 )

## TIPO CONTRATO

## ORDEN SS

## TIPO INGRESO

860037013-6

MUNDIAL SEGUROS

EVENTO

1-1180258

AMBULATORIA

## CONTRATO/PLAN

## REGIMEN

## ANEXO2:

## FECHA INGRESO FECHA EGRESO

2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT

OTRO REGIMEN

2/10/2025

2/10/2025

## PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

CC - 1000227062

WILCHES BERMUDEZ VALENTINA

EDAD : 24 Años

## OBSERVACIONES:

ESTRATO: IIVEL I

COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	-------------	-------------	-------	---	-----	------	-------------	----------

## MATERIAL OSTEOSINTESIS

MEDIA DAMA RODILLA 15/20 T/M

1

75,899

75,899

SUB TOTAL PAGINA \$ 75,899

* .T	VALOR BRUTO:	75,899	CUOT.MODER/COPAGOS:	0	NETO FACTURA \$	75,899
------	--------------	--------	---------------------	---	-----------------	--------

SON: SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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: b2b2c25ebc113c673b2ed44b74a2f11c7bbf46f481a3fd6a5cabf03e6a7eadb0c4af998e7ccede74c77feba5b91b75367

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.



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 Radicación:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	No. Radicado	<input type="text"/>
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}	<input type="text"/>	RG	<input type="text"/>
		Nro. Factura Cuenta de Cobro	COEX 29794

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

<input type="text" value="WILCHES"/> 1er. Apellido o Razon Social		<input type="text" value="BERMUDEZ"/> 2do. Apellido	
<input type="text" value="VALENTINA"/> 1er. Nombre		<input type="text"/> 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:	1000227062
De:	11001	Fecha de Nacimiento:	4/5/2001
Dirección:	CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO		
Departamento:	BOGOTA D.C.	Cod.	11
Municipio:	BOGOTA DC	Cod.	001
Telefono:	3209285370		
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:	<input checked="" type="checkbox"/> Accidente de Transito		
Naturales:	<input type="checkbox"/> Sismo	<input type="checkbox"/> Maremoto	<input type="checkbox"/> Erup. Volcanicas
	<input type="checkbox"/> Inundaciones	<input type="checkbox"/> Avalancha	<input type="checkbox"/> Desliz. de Tierra
Terroristas:	<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Masacre	<input type="checkbox"/> Mina Antipersonal
	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Ataques a Municipios	<input type="checkbox"/> Desplazados
	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Cual?	
Dirección de la Ocurrencia:	KILOMETRO 6 MAS 200 RUTA 40 VIA GUALANDAY IBAGUE		
Fecha Evento/Accidente:	4/9/2025	Hora:	13:30
Departamento:	TOLIMA	Cod.	73
Municipio:	IBAGUE	Cod.	001
Informe del accidente (Relato breve de los hechos):	PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO TIPO CAMIONETA DE PLACA MKN389 SUFRE LESIONES AL PERDER EL CONTROL POR MICROSUEÑO		
		Zona:	<input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> EX

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text" value="LOMBANA"/> 1er. Apellido o Razon Social		<input type="text"/> 2do. Apellido	
<input type="text" value="LUIS"/> 1er. Nombre		<input type="text"/> 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	19162572
Dirección:	TRABNVERSAL 13H N 49 11UR FRANCISVEGA		
Departamento:	BOGOTA D.C.	Cod.	11
Municipio:	BOGOTA DC	Cod.	001
Telefono:	3133109950		
Total Folios:	21		

VI. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Est. Aseguramiento:	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> P. Indeter
Marca:	CHEVROLET	Placa:	MKN389	No. Siras:	41de63808b6a6bcd		
Tipo de Servicio:	<input type="checkbox"/> Automovil	<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> Buseta	<input type="checkbox"/> Camion	<input checked="" type="checkbox"/> Camioneta	<input type="checkbox"/> Campero	<input type="checkbox"/> Microbus
	<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
Codigo Aseguradora:	AT1317	MUNDIAL DE SEGUROS	intervención de la Auto.	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
Poliza SOAT No	89428817	Cobro excedente Póliza	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vigencia de la Poliza:	Desde:	28/12/2024	Hasta:	27/12/2025			

VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA

Codigo CUPS Hospitalización:	129A02	Complejidad de Procedimiento Quirurgico:	ALTA
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	793702	Días de UCI reclamados:	0
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	867201	Se presto 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

LOMBANA

1er.Apellido

LUIS

1er.Nombre

Tipo de Documento:

☒ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ AS ☐ PT ☐ PE

No. Documento 19162572

2do.Apellido

DAVID

2do.Nombre

Dirección: TRABNVERSAL 13H N 49 11UR FRANCISVEGA

Departamento: BOGOTA D.C.

Cod. 11

Teléfono: 3133109950

Municipio: BOGOTA DC

Cod. 001

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:

Remisión

☐

Orden servicio

☐

Fecha de Remisión:

/ /

a las

Prestador que remite:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptación:

/ /

a las

Prestador que recibe:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

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 Vehículo: Placa No. FLQ420

Transporto la víctima desde : KILOMETRO 6 MAS 20

Hasta ASOTRM

Tipo de Transporte:

Ambulancia Básica

☒

Ambulancia Medicalizada

☐

Lugar donde recoge la víctima

Zona:

☐ U ☒ X

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

Fecha de ingreso: 2/10/2025

a las 10:18

Fecha de Egreso: 2/10/2025

a las 10:55

Diagnostico presuntivo de Ingreso

S700 CONTUSION DE LA CADERA

Diagnostico definitivo de Ingreso

S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S810 HERIDA DE LA RODILLA

Diagnostico presuntivo de Egreso

S700 CONTUSION DE LA CADERA

Diagnostico definitivo de Egreso

S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Diagnostico relacionado de Egreso

S810 HERIDA DE LA RODILLA

CURE

1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

SAMIR

1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

☒ CC ☐ CE ☐ PA

No. Documento

93410003

Número de Registro de Médico

124567

GUZMAN

2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

ALBERTO

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	75899	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 técnico número 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



## COMPROBANTE DE SERVICIO RECIBIDO

Fecha: 2025-10-02

Yo, **WILCHES BERMUDEZ VALENTINA** identificado con documento NRO **1000227062** 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

☐

Imágenes Diagnósticas

☐

Laboratorios

☐

Atención en UCI

☐

Material de Ortesis

☐

Servicio de Curaciones

☐

Consulta Externa

☒

Material de Ortopedia

☐

Servicio de hospitalización

☐

Servicio de Cirugía

☐

Medicamentos

☐

Ecografías

☐

Otros:

Durante la atención correspondiente a la fecha de ingreso: **2025-10-02** y egreso: **2025-10-02**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General

☐

Accidente Laboral

☐

Accidente de Tránsito

☒

Accidente Estudiantil

☐

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 políticas 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

**WILCHES BERMUDEZ  
VALENTINA  
1000227062**

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



**Asotrauma**

FECHA: 2/10/2025 F.NACIM.: 4-May-2001 EDAD: 24 DOCUMENTO: 1000227062

NOMBRES: WILCHES BERMUDEZ VALENTINA

DIRECCION: CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO

TELEFONO: 3209285370

S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

R/: MEDIA D ECOPREISON VENOSA

1

Valentina wilches  
1000227062  
**Juan David Devia**  
Auxiliar Administrativo  
Consulta Externa

Dr. Samir A. Cure Guzmán  
Ortopedia y Traumatología  
F.U.C. 93-410.003

DR. CURE GUZMAN SAMIR

REG MED

CC - 93410003

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: 8/09/2025 F.NACIM.: 4-May-2001 EDAD: 24 DOCUMENTO: 1000227062

NOMBRES: WILCHES BERMUDEZ VALENTINA

DIRECCION: CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO

TELEFONO: 3209285370



S822

FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

R/: SE INDICA

1. CITA CONTROL 3 SEMANAS DR CURE ORTOPEDIA

04-09-25  
1180258  
pdf

Ora  
Horo

Karla F. Quimbayo D.  
Universidad del Valle  
C.C. 38.362.363  
Medico General

*Karla F. Quimbayo*

DR. QUIMBAYO PUENTE KARLA REG MED

CC - 38362363

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 DEBE ESTAR ORIGINALMENTE FIRMADO



CLINICA ASOTRAUMA SAS

# HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS

1000227062

ADMISION N\_: 1180258

SINIESTRO: 142081

**NOMBRE:** WILCHES BERMUDEZ VALENTINA **Num. Id-:** CC 1000227062  
**FECHA NACIMIENTO:** 01.05.04 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U  
**DIRECCION:** CRA 17 NUMERO 66 02 SUR LUCERO **CIUDAD:** BOGOTA **DPTO:** 11 **TELEFONO:** 3209285370  
**RESPONSABLE:** **OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN  
**OBSERVACION:** **FECHA Y HORA DE IMPRESION:** 2025.11.04/16:38:44

## MOTIVO CONSULTA

CONTRORL

## ENFERMEDAD ACTUAL

fractura de tibia proximal y un clavado en el momento de las heridas quirúrgicas se encuentran en buen estado la alineaciones normal hay moderado de edema esperado del postoperatorio no es signo de infección por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física para rehabilitación ordenar una media de compresión venosa para usar todos los días en el horario del día para disminuir la inflamación cuando se coloque en pie y controlen un mes con una nueva radiografía el apoyo puede hacerlo de manera parcial sin Descargar peso del cuerpo

## ANTECEDENTES

---><<25.10.02-10:56:15>>, (DR(A). SAC - CURE GUZMAN SAMIR ALBERTO - C.C. 93410003 - REG. MEDICO: 124567 - ORTOPEDIA) H.ME: 1180258  
NIEGA ANTECEDENTES

## REVISION X SISTEMA

A

## EXAMEN FISICO

fractura de tibia proximal y un clavado en el momento de las heridas quirúrgicas se encuentran en buen estado la alineaciones normal hay moderado de edema esperado del postoperatorio no es signo de infección por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física para rehabilitación ordenar una media de compresión venosa para usar todos los días en el horario del día para disminuir la inflamación cuando se coloque en pie y controlen un mes con una nueva radiografía el apoyo puede hacerlo de manera parcial sin Descargar peso del cuerpo

## EXAMEN FISICO

**SIGNOS VITALES** TA:120 FC:65 FR:20 T:36 PESO:165 TALLA:65

## EXAMEN

fractura de tibia proximal y un clavado en el momento de las heridas quirúrgicas se encuentran en buen estado la alineaciones normal hay moderado de edema esperado del postoperatorio no es signo de infección por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física para rehabilitación ordenar una media de compresión venosa para usar todos los días en el horario del día para disminuir la inflamación cuando se coloque en pie y controlen un mes con una nueva radiografía el apoyo puede hacerlo de manera parcial sin Descargar peso del cuerpo

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

### DIAGNOSTICO DE INGRESO

S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

### ANALISIS//PLAN

fractura de tibia proximal y un clavado en el momento de las heridas quirúrgicas se encuentran en buen estado la alineaciones normal hay moderado de edema esperado del postoperatorio no es signo de infección por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física para rehabilitación ordenar una media de compresión venosa para usar todos los días en el horario del día para disminuir la inflamación cuando se coloque en pie y controlen un mes con una nueva radiografía el apoyo puede hacerlo de manera parcial sin Descargar peso del cuerpo

### FORMULACION

---><<25.10.02-10:56:15>>, (DR(A). SAC - CURE GUZMAN SAMIR ALBERTO - C.C. 93410003 - REG. MEDICO: 124567 - ORTOPEDIA) H.ME: 1180258

\*\* OTROS:

CONTROL . UN MES



CLINICA ASOTRAUMA SAS

# HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS

1000227062

ADMISION N\_: 1180258

SINIESTRO: 142081

NOMBRE: WILCHES BERMUDEZ VALENTINA

Num. Id: CC 1000227062

FECHA NACIMIENTO: 01.05.04 EDAD: 24 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: CRA 17 NUMERO 66 02 SUR LUCERO CIUDAD: BOGOTA DPTO: 11 TELEFONO: 3209285370

RESPONSABLE:

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.11.04/16:38:44

\*\* PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

RX PIERNA IZQUIERDA

\*\* ORDENES MEDICAS:

RX PIERNA IZQ

\*\* TERAPIAS:

TERAPIA FISICA 10

\*\* JUSTIFICACION \*\*

REHABILITACION POP PIERNA IZQ

## SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Remitido a Especialista

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.10.02

HORA DE EGRESO: 10:55

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

**Dr. CURE GUZMAN SAMIR ALBERTO**

Registro Médico: 124567

CC - 93410003

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. Además 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:

FECHA: 2/10/2025 F.NACIM.: 4-May-2001 EDAD: 24 DOCUMENTO: 1000227062

NOMBRES: WILCHES BERMUDEZ VALENTINA

DIRECCION: CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO

TELEFONO: 3209285370

S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

R/: MEDIA D ECOPREISON VENOSA

1

Nombre: MEDIA DAMA RODILLA 15/20 T/M	<b>TRAUMATOL SAS</b>
Codigo: 88915	Proveedor: TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S
Lote: MVS0038433	Fabricante: TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S.A.S
Invima: 2021DM-0007944-R1	Dirección: Cll 59 n°6a-44 barrio Limonar Ibague - Tolima - IBAGUE
	2028.08.20

*Valentina wilches*  
*1000227062*  
**Juan David Devia**  
Auxiliar Administrativo  
Consulta Externa

*Dr. Samir A. Cure Guzmán*  
*Ortopedia y Traumatología*  
*F.U.C.S-93410.003*

DR. CURE GUZMAN SAMIR

REG MED

CC - 93410003

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



Factura Electrónica de Venta  
Nro. Doc.: LBEC00054093  
Fecha y Hora de Generación: 2025-10-02 14:31:25  
Fecha validación: 2025-10-02 15:00:38-05:00  
Fec. Vcto.: 2025-11-01



N° Resolución: 18764094449698 Prefijo: LBEC Consecutivo: 50001 hasta 200000 Fecha: 2025-06-16 hasta 2027-06-16

Datos del Emisor	Datos del Adquirente
<b>Razón social/Nombre:</b> TRAUMATOL SAS <b>NIT:</b> 900146017-7 <b>Actividad Económica:</b> 4645 <b>Responsabilidad:</b> No aplica – Otros - <b>Dirección:</b> CALLE 1 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO <b>Teléfonos:</b> 3183439201 <b>Contacto:</b> ELIZABETH SANTOFIMIO <b>E-mail:</b> facturacionetraumatol@gmail.com <b>Nota:</b> Tarifa ICA 4.14 x 1000 Bogotá	<b>Razón social/Nombre:</b> CLINICA ASOTRAUMA S.A.S. <b>NIT:</b> 800209891-7 <b>Dirección:</b> AV CLL 19 N° 118-95 CEN EJECUTIVO SANTA BARBARA OFICINA 616 - BOGOTÁ - Bogotá D.C - CO <b>E-mail:</b> radicacionelectronica@asotrauma.com.co

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	% Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	88915	1.00	94	MEDIA DAMA RODILLA 15/20 T/M	63,781.00	IVA 19.00	12,118.00		75,899.00
Total Items			1						

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA : 19.00%	63,781.00	12,118.00

Totales	
<b>SUBTOTAL:</b>	63,781.00
<b>TOTAL Base Imponible:</b>	63,781.00
<b>IVA</b>	12,118.00
<b>TOTAL Descuento Global:</b>	0.00
<b>TOTAL Anticipos:</b>	0.00
<b>TOTAL Recargo Global:</b>	0.00
<b>TOTAL:</b>	75,899.00
<b>TOTAL en letras: Setenta Y Cinco Mil Ochocientos Noventa Y Nueve Con Cero COP</b>	
<b>Redondeo Aplicado:</b>	0.00

Campos Extras	
Paciente:	VALENTINA WILCHES BERMUDEZ
Identificación:	1000227062
Medico:	TRAUMATOL SAS
Area de Atención:	URGENCIA

Medios de Pago									
Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Crédito	Otro	2025-11-01	Referencia de pago 54093		30				

Domicilio fiscal: CLL 93 11A-28 Oficina 601 Bogotá  
Responsable Impuesto Sobre las Ventas I.V.A.  
No somos agentes retenedores de I.V.A.

CUFE: 516e2e1cc26db58723f8c566cdd65b94dff7775ab1a34778b6b6c56600052746d53eddeb4793d60e694e6a9c181c5b55

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6

TFHKA\_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - <https://www.thefactoryhka.com/co/> - Versión de template: co-default-21-788

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
516e2e1ce26db58723f8c566cdd65b94dff7775ab1a34778b6b6c56600052746d53eddeb4793d60e694e6a9c181c5b55

Número de Factura: LBEC-00054093

Fecha de Emisión: 02/10/2025

Fecha de Vencimiento: 01/11/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Acuerdo mutuo

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: TRAUMATOL SAS

Nombre Comercial: TRAUMATOL SAS

Nit del Emisor: 900146017

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 4645

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Dirección: CALLE 1

Teléfono / Móvil: 3183439201

Correo: facturacionetraumatol@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 800209891

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá D.C

Municipio / Ciudad: BOGOTÁ

Dirección: AV CLL 19 N° 118-95 CEN EJECUTIVO SANTA BARBARA OFICINA 616

Teléfono / Móvil:

Correo: radicacionelectronica@asotrauma.com.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		MEDIA DAMA RODILLA 15 /20 T/M	94	1,00	\$ 63.781,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 12.118,00	19.00			\$ 63.781,00

Datos Totales



Documento generado el:  
02/10/2025 15:00:37  
Documento validado por la  
DIAN:  
02/10/2025 15:00:38  
XML Generado por: Proveedor  
Tecnológico  
900390126  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

MONEDA		
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		
Descuento detalle	0,00	
Recargo detalle	0,00	
Total Bruto Factura		
IVA		
INC	0,00	
Bolsas	0,00	
Otros impuestos		
Total impuesto (=)		
Total neto factura (=)		
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)	0,00	
Total factura (=)		\$ \$

Valores informativos

ANTICIPOS		
Anticipos		
RETENCIONES		
Rete fuente	0,00	
Rete IVA	0,00	
Rete ICA	0,00	

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal		63.781,00
Descuento detalle	0,00	
Recargo detalle	0,00	
Total Bruto Factura		63.781,00
IVA	12.118,00	
INC	0,00	
Bolsas	0,00	
Otros impuestos	0,00	
Total impuesto (=)		12.118,00
Total neto factura (=)		75.899,00
Descuento Global (-)	0,00	
Recargo Global (+)	0,00	
Total factura (=)		COP \$ \$ 75.899,00

Valores informativos

ANTICIPOS		
Anticipos		0,00
RETENCIONES		
Rete fuente	0,00	
Rete IVA	0,00	
Rete ICA	0,00	

Numero de Autorización:  
18764094449698

Rango desde: 50001Rango hasta: 200000Vigencia: 2027-06-16



Bogotá, Jueves 2 de Octubre de 2025

Señores

**CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.**

Ciudad

Cordial saludo:

Por medio de la presente certifico que al Señor(a) **VALENTINA WILCHES BERMUDEZ** identificado(a) bajo el documento de identidad No **1000227062** se le suministro material de osteosíntesis para procedimiento quirúrgico y/o material de ortesis.

El anterior procedimiento fue remitido a través del convenio con **CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.** servicio que ya fue cobrado en la Factura No **LBEC00054093** y a la fecha ya se encuentran debidamente cancelada.

Atentamente,

**CONSUELO VALDERRAMA HERNANDEZ**  
GERENTE



NOMBRE: WILCHES BERMUDEZ VALENTINA Num. Id-: CC 1000227062  
FECHA NACIMIENTO: 01.05.04 EDAD: 24 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO CIUDAD: BOGOTA DPTO: 11 TELEFONO: 3209285370  
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.04 15:03  
Fecha/Hora de registro: 2025.09.04 16:23  
OBSERVACION

## &gt;&gt; PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.09.04

&lt;&lt; REGISTRO: 16:23:14 &gt;&gt; (DR(A). EJM - MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN - C.C. 1110461997 - REG. MEDICO: 3531 - MEDICINA

MOTIVO CONSULTA

GENERAL)

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO TIPO CAMIONETA DE PLACA MKN389 SUFRE LESIONES AL PERDER EL CONTROL POR MICROSUEÑO

REINGRESO NOESTADO AL INGRESO

ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES ALGICA

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD, TRAIDA POR AMBULANCIA TRAS HABER PRESENTADO ACCIDENTE DE TRANSITO COMO PASAJERA DE VEHICULO QUE PIERDE EL CONTROL, TRAUMATISMO EN LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA. HERIDA DE LA PIERNA, EDEMA DOLOR Y DEFORMIDAD.  
ADEMAS DE HERIDA DE LA REGION FRONTAL.

REVISION POR SISTEMA

NIEGA OTROS SINTOMAS

ANTECEDENTES

---><<2025.09.04-16:23:20>>, (DR(A). EJM - MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN - C.C. 1110461997 - REG. MEDICO: 3531 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1172256  
NIEGA ANTECEDENTES

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

SIGNOS VITALES TA: 118/74 FC: 84 FR: 16 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: ☒ OBNUBILADO: ☐ ESTUPOROSO: ☐ COMA: ☐ GLASGOW: ( 15 )CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

SE APRECIA HERIDA DE LA REGION FRONTAL IZQUIERDA CON LESION DE PIEL Y DE TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

CUELLO

SIN ALTERACIONES APARENTES DE ORIGEN TRAUMATICO

TORAX

SIN ALTERACIONES APARENTES DE ORIGEN TRAUMATICO

ABDOMEN

SIN ALTERACIONES APARENTES DE ORIGEN TRAUMATICO

GENITOURINARIO

NO VALORADO

PELVIS

CONTUSION Y DOLOR EN LA CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION A LA MOVILIZACION

DORSOEXT

DORSO NO DOLOR EN LA REGION DORSAL O LUMBAR EXTREMIDADES 1. EN LA CADERA IZQUIERDA, CONTUSION CON DOLOR Y LIMITACION A LA MOVILIZACION DE LA CADERA 2. EN LA RODILLA IZQUIERDA REGION MEDIAL, HERIDA DE GRAN TAMAÑO CON LESION DE PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO 3. EN LA PIERNA IZQUIERDA, EDEMA DOLOR DEFORMIDAD Y CREPITACION OSEA CON IMPOSIBILIDAD A LA MOVILIZACION 4. EN EL CUELLO DEL PIE IZQUIERDO CONTUSION CON DOLOR Y LIMITACION A LA MOVILIZACION DEL TOBILLO

NEUROLOGICO

PACIENTE CONCIENTE ALERTA ORIENTADA GLASGOW 15/15



CLINICA ASOTRAUMA SAS

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1000227062

ADMISION N°: 1172256

SINIESTRO: 142081

**NOMBRE:** WILCHES BERMUDEZ VALENTINA **Num. Id-:** CC 1000227062  
**FECHA NACIMIENTO:** 01.05.04 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U  
**DIRECCION:** CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO **CIUDAD:** BOGOTA **DPTO:** 11 **TELEFONO:** 3209285370  
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**  
**AT:** NO **OBS:** NO **Fecha/Hora de admision:** 2025.09.04 15:03  
**Fecha/Hora de registro:** 2025.09.04 16:23

## OBSERVACION

### PIEL

YA DESCRITO

### FANERAS

SIN ALTERACIONES

## DIAGNOSTICOS INGRESO

### DIAGNOSTICO DE INGRESO

S822 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S810 - HERIDA DE LA RODILLA

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S700 - CONTUSION DE LA CADERA

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

### PLAN/CONDUCTA

PACIENTE CON TRAUMATISMO EN LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA SUGESTIVO DE FRACTURA EN LA PIERNA. ADEMAS DE CONTUSION CADERA, HERIDA DE LA RODILLA Y DOLOR EN EL TOBILLO IZQUIERDO.

SE CONSIDERA LA SIGUIENTE CONDUCTA

NADA VIAORAL

CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML CANT: 1 100 CC HORA

CEFAZOLINA POLVO P/INY X 1G CANT: 1 1 GR IV CADA 6 HORAS

AMIKACINA AMPOLLA X 500MG CANT: 2 1 GR IV CADA DIA

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 50 MG IV CADA 8 HORAS

KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 17809 CANT: 1 30 MG IV CADA 8 HORAS

TOXOIDE TETANICO VIAL X 0,5 ML CANT: 1 0,5 CC IM AHORA

SSS RX DE LA PELVIS, RDILLA, PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO

INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO

SUTURA DE HERIDA FRONTAL

VALORACION POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE DE MANERA CLARA DIAGNOSTICO TRATAMIENTO Y CONDUCTA A SEGUIR.

### EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX PELVIS, AP

JUSTIFICACION

TRAUMA EN LA CADERA IZQUIERDA

RX RODILLA, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUMA EN LA RODILLA IZQUIERDA

RX PIERNA, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUMA EN LA PIERNA IZQUIERDA

RX CUELLO DE PIE, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUMA EN EL TOBILLO IZQUIERDO

### PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML CANT: 1 100 CC HORA



CLINICA ASOTRAUMA SAS

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1000227062

ADMISION N°: 1172256

SINIESTRO: 142081

**NOMBRE:** WILCHES BERMUDEZ VALENTINA **Num. Id-:** CC 1000227062  
**FECHA NACIMIENTO:** 01.05.04 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U  
**DIRECCION:** CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO **CIUDAD:** BOGOTA **DPTO:** 11 **TELEFONO:** 3209285370  
**OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**  
**AT:** NO **OBS:** NO **Fecha/Hora de admision:** 2025.09.04 15:03  
**Fecha/Hora de registro:** 2025.09.04 16:23

## OBSERVACION

CEFAZOLINA POLVO P/INY X 1G CANT: 1 1 GR IV CADA 6 HORAS  
AMIKACINA AMPOLLA X 500MG CANT: 2 1 GR IV CADA DIA  
TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 50 MG IV CADA 8 HORAS  
KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 17809 CANT: 1 30 MG IV CADA 8 HORAS  
TOXOIDE TETANICO VIAL X 0,5 ML CANT: 1 0,5 CC IM AHORA

## DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

### DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S822 - FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S810 - HERIDA DE LA RODILLA

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

### DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S700 - CONTUSION DE LA CADERA

<< REGISTRO: 17:11:17 >>

(DR(A). EJM - MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN - C.C. 1110461997 - REG. MEDICO: 3531 - MEDICINA GENERAL)

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

### EVOLUCION

#### NOTA MEDICA

SE REALIZA RX DE LA PELVIS EN LA CUAL NO SE APRECIAN LESIONES OSEAS DEL ANILLO PELVICO  
SE REALIZA RX DE LA RODILLA IZQUIERDA NO LESIONES OSEAS A NIVEL DE LA RODILLA - SE APRECIA FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL IZQUIERDA  
SE REALIZA RX DE LA PIERNA IZQUIERDA EN LA CUAL SE APRECIA UNA FRACTURA DIAFISIARIA DE LA TIBIA TERCIO PROXIMAL DESPLAZADA  
SE REALIZA RX DE CUELLO DEL PIE IZQUIERDO EN LA CUAL NO SE APRECIAN LESIONES OSEAS NO TRAZOS DE FRACTURAS  
  
SE HACE LAVADO EXHAUSTIVO DE HERIDA . INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO SURO PEDICA - Y SUTURA DE HERIDA FRONTAL. SE ADICIONA MORFINA 3 MG IV DE RESCATE  
SE COMENTA CASO CON EL SERVICIO DE ORTOPEDIA.  
SE LE EXPLICA A LA PACIENTE DE MANERA CLARA DIAGNOSTICO TRATAMIENTO Y CONDUCTA A SEGUIR. MANIFIESTA COMPRENDER LA INFORMACION SUMINISTRADA

### PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

MORFINA AMPOLLA X 10MG/ML CANT: 1 3 MG IV AHORA

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.05

<< REGISTRO: 00:34:09 >>

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

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

### PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION  
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2025.09.05-00:33:57 ESTADO A LA SALIDA: VIVO  
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1000227062

ADMISION N°: 1172256

SINIESTRO: 0

NOMBRE: WILCHES BERMUDEZ VALENTINA Num. Id-: CC 1000227062  
FECHA NACIMIENTO: 01.05.04 EDAD: 24 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO CIUDAD: BOGOTA DPTO: 11 TELEFONO: 3209285370  
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.04 15:03  
Fecha/Hora de registro: 2025.09.04 16:23  
OBSERVACION

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

DESTINO SALIDA: HOSPITALIZACION SERVICIO:  
FECHA DE EGRESO: 25.09.05 HORA DE EGRESO: 00:33:57  
ESTADO A LA SALIDA:  
VIVO

Dr. Julian Merchan  
Medico General  
C.C. 1110461997  
R.M. 3531  
Julian Merchan

Dr. MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN  
Registro Medico: 3531  
CC - 1110461997

**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, Además 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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.227.062

WILCHES BERMUDEZ

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

valentina wilches

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-2001

BOGOTA D.C  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

23-ENE-2020 BOGOTA D.C.  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIÓN#  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01128615-F-1000227062-20200127 0069794133A 1 8500246844

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1951**  
**QUIPILE**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.70 O+ M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
**05-JUL-1973 BOGOTA D.C**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00538156-M-0019162572-20140120 0036725705A 1 1102715830

REPUBLICA DE COLOMBIA DE  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.162.572**  
**LOMBANA**  
APELLIDOS  
**LUIS DAVID**  
NOMBRES  
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

RESTRICCION MOVILIDAD  
BLINDAJE \*\*\*\*\*  
POTENCIA HP **81**  
DECLARACION DE IMPORTACION  
**352012000025221**  
LIMITACION A LA PROPIEDAD  
**I 31/01/2012 4**  
PRENDA - BANCO DAVIVIENDA S.A.  
FECHA MATRICULA **27/07/2012**  
FECHA EXP. LIC. TTO. **31/03/2016**  
FECHA VENCIMIENTO \*\*\*\*\*  
ORGANISMO DE TRANSITO  
**SDM - BOGOTA D.C.**  
LT01006542082

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
LICENCIA DE TRÁNSITO No. **10011464142**

PLACA **MKN389** MARCA **CHEVROLET** LINEA **N300** MODELO **2013**  
CILINDRADA CC **1.206** COLOR **BLANCO LUJA** SERVICIO **PARTICULAR**  
CLASE DE VEHICULO **CAMIONETA** TIPO CARGOCERIA **VAN** COMBUSTIBLE **GASOLINA** CAPACIDAD Kg/PSJ **7**  
NÚMERO DE MOTOR **LAQ\*8BB0410256\*** REG N VIN **LZWACAGA9D7000508**  
NÚMERO DE SERIE **LZWACAGA9D7000508** REG N NÚMERO DE CHASIS **LZWACAGA9D7000508** REG N  
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) **LOMBANA LUIS DAVID** IDENTIFICACIÓN **C.C. 19162572**

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.	25-06-2023	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.	25-06-2023	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007600249

Servicios Integrales 60847.2.0-26 02/24



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 19162572

NOMBRE

LUIS DAVID LOMBANA

FECHA DE NACIMIENTO

22-12-1951

FECHA DE EXPEDICION

25-06-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONducir con LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

SANGRE-RH

O+



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.

Realizar otra consulta

PLACA DEL VEHÍCULO:	MKN389	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10011464142	CLASE DE VEHÍCULO:	CAMIONETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

🚗 Información general del vehículo

MARCA:	CHEVROLET	LÍNEA:	N300
MODELO:	2013	COLOR:	BLANCO LUNA
NÚMERO DE SERIE:	LZWACAGA9D7000508	NÚMERO DE MOTOR:	LAQ*8BB0410256*
NÚMERO DE CHASIS:	LZWACAGA9D7000508	NÚMERO DE VIN:	LZWACAGA9D7000508

Consulte el Historico Vehicular Aqui

🔧 Datos Técnicos del Vehículo

📄 Póliza SOAT

Número de póliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad expide SOAT	Código tarifa	Estado
89428817	27/12/2024	28/12/2024	27/12/2025	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	612	✔️ VIGENTE
890107159980100	22/12/2023	23/12/2023	22/12/2024	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	612	❌ NO VIGENTE
84670655	22/12/2022	23/12/2022	22/12/2023	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	611	❌ NO VIGENTE
4168157300	13/12/2021	14/12/2021	13/12/2022	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	611	❌ NO VIGENTE

 @Copyright 2025 RUNT