



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 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: IVEL 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: b2b2c25ebc113c673b2ed44b74a2f11c7bbf46f481a3fd6a5cabf03e6a7eadb0c4af998e7cede74c77feba5b91b75367

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 Radicacińn:	D	D	M	M	A	A	A	A	No.Radicado	RG					
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}									Nro. Factura Cuenta de Cobro	COEX	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															
WILCHES					BERMUDEZ										
1er.Apellido o Razon Social					2do.Apellido										
VALENTINA															
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:	1000227062
De:	11001	Fecha de Nacimiento:										4/5/2001	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Direccińn:	CRA 17 NUMERO 66 02SUR LUCERO														
Departamento:	BOGOTA D.C.				Cod. 11				Telefono:				3209285370		
Municipio:	BOGOTA DC				Cod. 001										
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"/>	Huracñn <input type="checkbox"/>	Rayo <input type="checkbox"/>	Tornado <input type="checkbox"/>									
Inundaciones <input type="checkbox"/>	Avalancha <input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra <input type="checkbox"/>	Incendio Natural <input type="checkbox"/>	Vendaval <input type="checkbox"/>											
Terroristas:	Explosińn <input type="checkbox"/>	Masacre <input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal <input type="checkbox"/>	Combate <input type="checkbox"/>											
Incendio <input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios <input type="checkbox"/>	Desplazados <input type="checkbox"/>													
Otros <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>														
Direccińn 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 Zona: <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> R														
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															
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO															
LOMBANA															
1er.Apellido o Razon Social					2do.Apellido										
LUIS					DAVID										
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:	19162572					
Direccion:	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	<input type="checkbox"/>							
Marca:	CHEVROLET Placa: MKN389				No. Siras: 41de63808b6a6bcd										
Tipo de Servicio:	Automovil <input type="checkbox"/>	Bus <input type="checkbox"/>	Buseta <input type="checkbox"/>	Camion <input type="checkbox"/>	Camioneta <input checked="" 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				intervencińn de la Auto.				Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>					
Poliza SOAT No	89428817				Cobro excedente P>liza				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 ATENCIÓN DE LA VICTIMA															
Codigo CUPS Hospitalizacińn:	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 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

LOMBANA	1er.Apellido	2do.Apellido
LUIS	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 19162572
Direcci'on:	TRABNVERSAL 13H N 49 11UR FRANCISVEGA	
Departamento:	BOGOTA D.C.	Cod. 11 Tel'fono: 3133109950
Municipio:	BOGOTA DC	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:	Código de inscripción:	
Direccion:	Telefono:	
Profesional que Remite:	Cargo:	
Fecha de Aceptaci'on:	/ /	a las
Prestador que recibe:	Código de inscripción:	
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. FLQ420	Hasta ASOTRM	
Transporto la victimas desde :	KILOMETRO 6 MAS 20		
Tipo de Transporte:	Ambulancia Básica <input checked="" type="checkbox"/> Ambulancia Medicalizada <input type="checkbox"/>	Lugar donde recoge la victimas	Zona: <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> 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
Diagnóstico presuntivo de Ingreso		Diagnóstico presuntivo de Egreso	
S700	CONTUSION DE LA CADERA	S700	CONTUSION DE LA CADERA
Diagnóstico definitivo de Ingreso		Diagnóstico definitivo de Egreso	
S822	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA	S822	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA
Diagnóstico relacionado de Ingreso		Diagnóstico relacionado de Egreso	
S810	HERIDA DE LA RODILLA	S810	HERIDA DE LA RODILLA

CURE	GUZMAN
1er.Apellido del MUDico o Profesional tratante	2do.Apellido del MUDico o Profesional tratante
SAMIR	ALBERTO
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 93410003
	Número de Registro de MUDico 124567

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 único numero 2.

XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑON

NOMBRE CC. 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

625-23



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
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: **2025-10-02** 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 Estudiantil

Accidente Laboral

Accidente de Tránsito

Otros:

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE
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



Clinica

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.S 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

Clinica

Asotrauma

S822 FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

R/: SE INDICA

1.CITA CONTROL 3 SEMANAS DR CURE ORTOPEDIA

al-oct-25
1180258
pd

Oia

Hola

Karla F. Quimbayo Puente

Universidad del Valle

C.C. 38.362.362

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 ESTA ORIGINALMENTE FIRMADO

1000227062

ADMISSION 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 02SUR LUCERO

CIUDAD: BOGOTA

DPTO: 11

TELEFONO: 3209285370

RESPONSABLE:

OCCUPACION: 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 ANTECEEDNTES

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

SIGNS 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

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 02SUR 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 **

REHABULUTACION 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, 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: _____



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

Clinica
Asotrauma

S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

R/. MEDIA D ECOPREISON VENOSA

1

Nombre: MEDIA DAMA RODILLA 15/20 T/M	
Codigo: 88915	Proveedor TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S
Lote: MVS0038433	Fabricante TRAUMASUR TIENDA DE LA SALUD S.A.S Dirección: Cl 59 n°6a-44 barrio Ilimonar Ibagué - Tolima - IBAGUE
Invima: 2021DM-0007944-R1	
2020.08.20	

Valentina wilches

1000227062

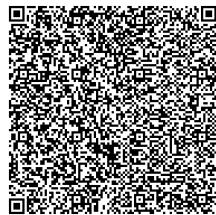
Juan David Devia

Auxiliar Administrativo
Consulta Externa

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



Nº Resolución: 18764094449698 Prefijo: LBEC Consecutivo: 50001 hasta 200000 Fecha: 2025-06-16 hasta 2027-06-16

Datos del Emisor				Datos del Adquirente				
Razón social/Nombre: TRAUMATOL SAS NIT: 900146017-7 Actividad Económica: 4645 Responsabilidad: No aplica – Otros - Dirección: CALLE 1 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO Teléfonos: 3183439201 Contacto: ELIZABETH SANTOFIMIO E-mail: facturacionetraumatol@gmail.com Nota: Tarifa ICA 4.14 x 1000 Bogotá				Razón social/Nombre: CLINICA ASOTRAUMA S.A.S. NIT: 800209891-7 Dirección: AV CLL 19 Nº 118-95 CEN EJECUTIVO SANTA BARBARA OFICINA 616 - BOGOTÁ - Bogotá D.C - CO E-mail: 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	
SUBTOTAL:	63,781.00
TOTAL Base Imponible:	63,781.00
IVA	12,118.00
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Anticipos:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
TOTAL:	75,899.00
TOTAL en letras: Setenta Y Cinco Mil Ochocientos Noventa Y Nueve Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.00

Campos Extras	
Paciente:	VALENTINA WILCHES BERMUDEZ
Identificacion:	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: 516e2c1cc26db58723f8c566cdd65b94dff7775ab1a34778b6b6c56600052746d53eddeb4793d60e694c6a9c181c5b55
 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

Forma de pago: Crédito

Fecha de Emisión: 02/10/2025

Medio de Pago: Acuerdo mutuo

Fecha de Vencimiento: 01/11/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: TRAUMATOL SAS

Nombre Comercial: TRAUMATOL SAS

Nit del Emisor: 900146017

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CALLE 1

Actividad Económica: 4645

Teléfono / Móvil: 3183439201

Correo: facturacionetraumatol@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

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

País: Colombia

Tipo de Documento: NIT

Departamento: Bogotá D.C

Número Documento: 800209891

Municipio / Ciudad: BOGOTÁ

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

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

Régimen fiscal: R-99-PN

Teléfono / Móvil:

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

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

Número de Autorización:
18764094449698

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

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



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

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1000227062

ADMISSION 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

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.09.04

<<REGISTRO: 16:23:14 >> (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 NO

ESTADO 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. ADEMÁS 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

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1000227062

ADMISSION 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
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	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 2

S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S810 - HERIDA DE LA RODILLA

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. ADEMÁS DE CONTUSIÓN 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

TOXOID 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

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1000227062

ADMISSION 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
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	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 APRECIAZ 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 APRECIAZ LESIONES OSEAS NO TRAZOS DE FRACTURAS

SE HACE LAVADO EXAHUSTIVO 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

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1000227062

ADMISSION 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
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:		
AT: NO	OBS:	NO	Fecha/Hora de admision: 2025.09.04 15:03
OBSERVACION			Fecha/Hora de registro: 2025.09.04 16:23

** 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 Merchán
Medico General
C.C. 1110461997
R.M. 3531
Julian Merchán

Dr. MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN

Registro Medico: 3531

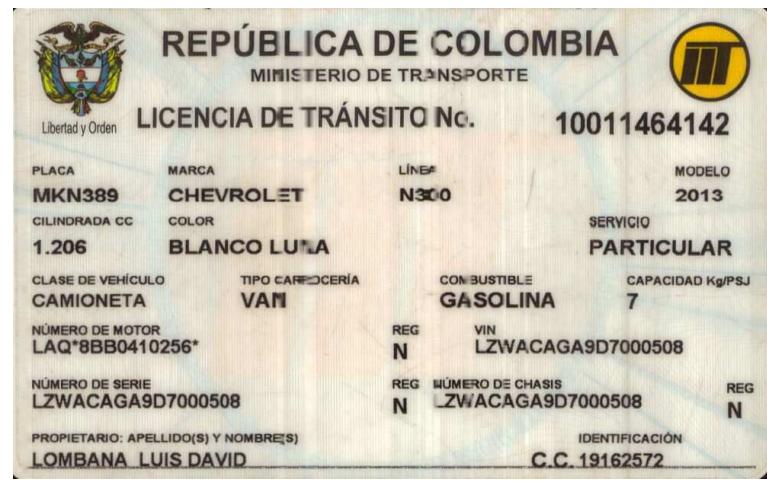
CC - 1110461997

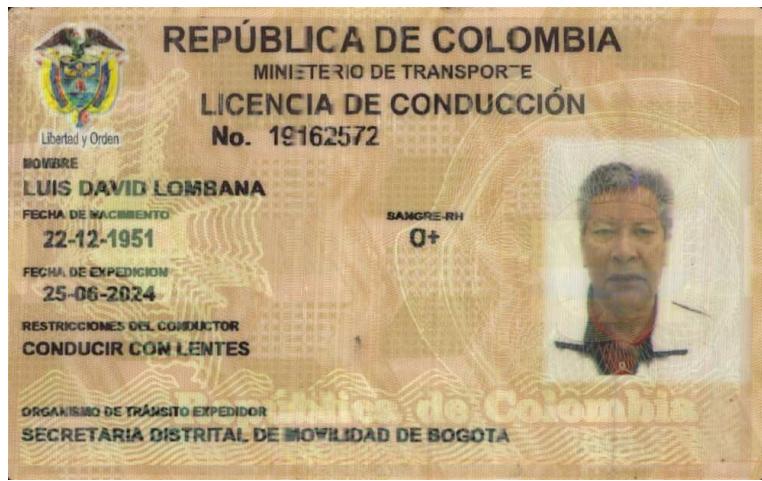
CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.

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, 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: _____







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 Aquí

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 S.A	611	NO VIGENTE

@Copyright 2025 RUNT