



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" value="RG"/>	<input type="text" value=""/>
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}	<input type="text" value=""/>	Nro. Factura Cuenta de Cobro	<input type="text" value="FECR"/>	<input type="text" value="347749"/>

II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social	CLINICA ASOTRAUMA SAS		
Codigo Habilitacion:	730010082601	Nit:	800209891-7

III. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

<input type="text" value="RAMOS"/>	<input type="text" value="ARROYO"/>				
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido				
<input type="text" value="GREICY"/>	<input type="text" value="ESTHER"/>				
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:	<input type="text" value="1012327258"/>		
De:	11001	Fecha de Nacimiento:	12/11/1986	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dirección:	CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA				
Departamento:	TOLIMA	Cod.	73	Telefono:	3196493029
Municipio:	IBAGUE	Cod.	001		
Condicion del accidentado:	<input checked="" type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Peaton	<input type="checkbox"/> Ocupante	<input type="checkbox"/> Ciclista	

IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito	<input checked="" type="checkbox"/>											
Naturales:	Sismo	<input type="checkbox"/>	Maremoto	<input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas	<input type="checkbox"/>	Huracán	<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:	Explosión	<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?										
Dirección de la Ocurrencia:	CARRERA 8A CON CALLE 146												
Fecha Evento/Accidente:	16/7/2025		Hora:	06:50									
Departamento:	TOLIMA		Cod.	73									
Municipio:	IBAGUE		Cod.	001		Zona:	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> R						

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCUTOR DE VEHICULO TIPO AUTOMOVIL DE PLACA NBU005 QUE COLSIONA CON MOTO

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text" value="RAMOS"/>	<input type="text" value="MEZA"/>				
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido				
<input type="text" value="DOMINGO"/>	<input type="text" value="ESTEBAN"/>				
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	<input type="text" value="78291954"/>		
Dirección:	CALLE 121 NUMRO 175 05 STA ANA				
Departamento:	TOLIMA	Cod.	73		
Municipio:	IBAGUE	Cod.	001	Telefono:	3196493029
				Total Folios:	<input type="text" value="17"/>

VI. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Est. Aseguramiento:	Aseg.	<input checked="" type="checkbox"/>	No Aseg.	<input type="checkbox"/>	Vehi. Fantasma.	<input type="checkbox"/>	Poliza falsa	<input type="checkbox"/>	Vehi. en Fuga	<input type="checkbox"/>	Aseg F.2497	<input type="checkbox"/>	P. Indeter	<input type="checkbox"/>		
Marca:	CHEVROLET	Placa:	NBU005	No. Siras:	5f794b0c6dc4bf0e											
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	intervención de la Auto.	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Cobro excedente Póliza	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>				
Poliza SOAT No	90622283	Vigencia de la Poliza:	Desde:	4/3/2025	Hasta:	3/3/2026										

VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA

Codigo CUPS Hospitalización:	890701	Complejidad de Procedimiento Quirurgico:	MEDIA
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	129A02	Días de UCI reclamados:	0
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	129A02	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

RAMOS	ARROYO
1er.Apellido	2do.Apellido
GREICY	ESTHER
1er.Nombre	2do.Nombre
Tipo de Documento: <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE	No. Documento 1012327258
Dirección: CALLE 121 NUMRO 175 05 STA ANA	
Departamento: BOGOTA D.C.	Cod. 11 TelÚfono: 3196493029
Municipio: BOGOTA DC	Cod. 001

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisión	<input type="checkbox"/>	Orden servicio	<input type="checkbox"/>
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.

Transporto la víctima desde : Hasta :

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica ☐ Ambulancia Medicalizada ☐ Lugar donde recoge la víctima Zona: ☐ ☐

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

Fecha de ingreso: 16/7/2025 a las 08:37	Fecha de Egreso: 16/7/2025 a las 09:57
Diagnostico presuntivo de Ingreso	Diagnostico presuntivo de Egreso
R51X CEFALIA	R51X CEFALIA
Diagnostico definitivo de Ingreso	Diagnostico definitivo de Egreso
M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO
Diagnostico relacionado de Ingreso	Diagnostico relacionado de Egreso
R51X CEFALIA	R51X CEFALIA

MARTINEZ	MURILLO
1er.Apellido del MÚDICO o Profesional tratante	2do.Apellido del MÚDICO o Profesional tratante
ANDRES	FELIPE
1er.Nombre del MÚDICO o Profesional tratante	2do.Nombre del MÚDICO o Profesional tratante
Tipo Documento <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento 1110516445
	Número de Registro de MÚDICO 1110516445

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	188000	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 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



CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

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

Sede 2 Cra 4D No. 32-17

B / Cadiz - Ibague

Tels. 2641920 - 2654112



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

FECR

347749

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE,12-Nov-2025

HORA 15:38:03

ACEPTACION DIAN: 2025.11.12 03:38:39 PM

ENTIDAD RESPONSABLE

(860037013)

TIPO CONTRATO

ORDEN SS

TIPO INGRESO

860037013- 6

MUNDIAL SEGUROS

EVENTO

1-1158186

JRGENCIAS

CONTRATO/PLAN

REGIMEN

ANEXO2:

FECHA INGRESO FECHA EGRESO

2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT

OTRO REGIMEN

16/7/2025

16/7/2025

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

CC - 1012327258

RAMOS ARROYO GREICY ESTHER

EDAD : 39 Años

OBSERVACIONES:

ESTRATO: VEL I

COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	/R.TOTAL
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO								
	JERINGA X1MLX27/1/2B10233					1	800	800
	JERINGA X5MLB10352					1	600	600
MEDICAMENTOS								
53287-01	KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 178092021M-001675-R3					1	1,900	1,900
19924285-34	TRAMADOL AMPOLLA X 50 MGCAJA X 100					1	2,900	2,900
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS								
31190-3	NAPROXENO TABLETA X 500 MGCAJA X 300					10	900	9,000
19982562-08	LIDOCAINA PARCHE TRANSD. 700MGPRECIO REGULADO CAJA X 30					10	8,700	87,000
OTROS								
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	39145				1	85,800	85,800

SUB TOTAL PAGINA \$

188,000

* .T VALOR BRUTO:

188,000

CUOT.MODER/COPAGOS:

0

NETO FACTURA \$

188,000


SON: CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE.*****

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: MOPADI MONICA PATRICIA DIAZ VELEZ

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

Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

 6208-23

La entidad

Aceptada, el USUARIO

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

Cufe: c34f225308ad602be0426a05ac98a0d700dc5fb41b7883cdaf031cb096ecdc67941af2fa7ecf64482c3079cc2d846444

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.



NOMBRE: RAMOS ARROYO GREICY ESTHER Num. Id.: CC 1012327258
FECHA NACIMIENTO: 86.11.12 EDAD: 39 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA CIUDAD: INAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3196493029
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.07.16 08:37
Fecha/Hora de registro: 2025.07.16 09:57
OBSERVACION

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.07.16

<< REGISTRO: 09:57:31 >> (DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

ME ACCIDENTE

REINGRESO NOESTADO AL INGRESO

BUEN ESTDO GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENT QUE NIGRESA POR CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDCUOT DE VEHICULO QUE COSIIONA CON OTRO VEJHICULO RECIBIENDO TRAUMA LEVE EN REGION LUMBAR EN ESTE MOMETNO SIN OTRAS ALTERACIONES

REVISION POR SISTEMA**** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO ****

SIGNOS VITALES TA: 127/79 FC: 85 FR: 19 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

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

NORMOCEFALA PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS MUCOSA ORAL HUMEDA

CUELLO

MOVIL NO DOLOROSO NO ADENOAPTAS

TORAX

TORAX NOROCONFIGRUADO RCS RITMICOS DE BUEN TONO NO SOPLOS MV CONSERVADO

ABDOMEN

BLANDO DEPREISLE NO DOLROSOO A LA PALPACION RHA PRESNETES

GENTOURINARIO

SI ALTERACIOES

PELVIS

SIN ALTERACIONES

DORSOEXT

DORSO CON PRESENCIA DE DOLRO A NVIEL DE LA REGION LUMBAR EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN ALTERACIONES

NEUROLOGICO

ALERTA OREINTADO EN TRES ESFERAS CON CEFALEA SIN ALTERACION DEL SENSORIO

PIEL

SIN ALTERAIONES

FANERAS

SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS INGRESODIAGNOSTICO DE INGRESO

M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

R51X - CEFALEA

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ****PLAN/CONDUCTA

PACIENTE QUE INGRESA POR CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE VEHICULO QUE COLISIONA CON OTRO VEHICULO RECIBIENDO TRAUMA A NIVEL DE LA REGION LUMBOSACRA EN ESTE MOMETNO CON CEFALAY DOLOR SIN OTRAS ALTERACIONES POR LO CUAL SE INDICA ADMINISTRAR ANALGESIA Y SE DA ALTA A LA PACIENTE CON MANEO AMBULAOTRIO E INCAPOACIDAD PACIENTE SALE DE LA INSTITYUCION CON ADECUADAS CONDIONCES GRANLES SIN TORAS ALTERACIONES



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1012327258

ADMISION N°: 1158186

SINIESTRO: 137874

NOMBRE: RAMOS ARROYO GREICY ESTHER Num. Id-: CC 1012327258
FECHA NACIMIENTO: 86.11.12 EDAD: 39 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA CIUDAD: INAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3196493029
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.07.16 08:37
Fecha/Hora de registro: 2025.07.16 09:57

OBSERVACION

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 17809 CANT: 1 ADMINISTRAR AHORA

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 ADMINISTRAR AHORA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

M545 - LUMBAGO NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

R51X - CEFALEA

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 25.07.16

HORA DE EGRESO: 09:53:06

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO

Dr. MARTINEZ ANDRES FELIPE

Registro Medico: 1110516445

CC - 1110516445

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: 2025-07-16

Yo, **RAMOS ARROYO GREICY** identificado con documento NRO **1012327258** 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	<input checked="" type="checkbox"/>	Imágenes Diagnósticas	<input type="checkbox"/>	Laboratorios	<input type="checkbox"/>
Atención en UCI	<input type="checkbox"/>	Material de Ortesis	<input type="checkbox"/>	Servicio de Curaciones	<input type="checkbox"/>
Consulta Externa	<input type="checkbox"/>	Material de Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Servicio de hospitalización	<input type="checkbox"/>
Servicio de Cirugía	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Ecografías	<input type="checkbox"/>

Otros:

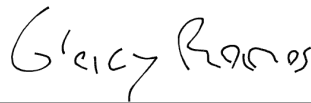
Durante la atención correspondiente a la fecha de ingreso: **2025-07-16** y egreso: **2025-07-16**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General	<input type="checkbox"/>	Accidente Laboral	<input type="checkbox"/>	Accidente de Tránsito	<input checked="" type="checkbox"/>
Accidente Estudiantil	<input type="checkbox"/>				

Otros:

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, tales como captura de la huella dactilar, filmación del rostro y en general datos biométricos y relativos a la salud.

Cualquier corrección, actualización, supresión y/o revocación de sus datos personales, dirigir escrito a Clínica ASOTRAUMA a la dirección de correo electrónico tratamientodedatospersonales@asotrauma.com.co.



NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE
RAMOS ARROYO GREICY
1012327258

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

CLINICA ASOTRAUMA SAS

ADMISION No. 1158186

PACIENTE: 1012327258 RAMOS ARROYO GREICY ESTHER

EDAD: 38 No. CAMA: 0101010142

DIRECCION: CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA TELEFONO: 3196493029

ENTIDAD: AT1317 MUNDIAL DE SEGUROS

DETALLADO HOJA DE MEDICAMENTOS REGISTRADOS

FECHA-HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO
2025.07.16-10:31	KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD	1.00	INTRAMUSCULAR	DIA	DIS-DIANA ISABEL SANCHEZ PARRA
					TOTAL: 1.00
2025.07.16-10:31	TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG	1.00	SUBCUTANEA	DIA	DIS-DIANA ISABEL SANCHEZ PARRA
					TOTAL: 1.00

CLINICA ASOTRAUMA SAS

ADMISION No. 1158186

PACIENTE: 1012327258 RAMOS ARROYO GREICY ESTHER

EDAD: 38 No. CAMA: 0101010142

DIRECCION: CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA

TELEFONO: 3196493029

ENTIDAD: AT1317 MUNDIAL DE SEGUROS

DETALLADO HOJA DE INSUMOS REGISTRADOS

FECHA-HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	TURNO	APLICO
2025.07.16-10:31	JERINGA X1MLX27/1/2	1.00	DIA	DIS-DIANA ISABEL SANCHEZ PARRA
				TOTAL: 1.00
2025.07.16-10:31	JERINGA X5ML	1.00	DIA	DIS-DIANA ISABEL SANCHEZ PARRA
				TOTAL: 1.00



FECHA: 16/7/2025 **F.NACIM.:** 12-Nov-1986 **EDAD:** 38 **DOCUMENTO:** 1012327258

NOMBRES: RAMOS ARROYO GREICY ESTHER

DIRECCION: CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA

TELEFONO: 3196493029

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO

R/:

1. NAPROXENO TABLETA X 500 MG COD: 554646 CANT:10 VIA ADM:ORAL
TOMAR 1 TAB CADA 12 HORA
2. LIDOCAINA PARCHE TRANSD. 700MG CANT:10 VIA ADM:TOPICA
APLICAR 1 PARCHE EN LA REGION LUMBOSACRA POR 12 HORAS RETIRAR POR 12 HORAS Y REPETIR

DR. MARTINEZ ANDRES

REG MED

CC - 1110516445

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

DISPENSACION FORMULA AMBULATORIA

No. Despacho: 1-1096459

No. Pedido: 1206117

Fecha Registro: 2025.07.16
 Fecha/Hora Act: 2025.07.16/11:04:51

Ciudad ASOTRAUMA

USUARIO: RAMOS ARROYO GREICY ESTHER

TEL.: 3196493029

AREA: URGENCIAS

DOCIDENT: CC 1012327258

CAMA: -

ORIGEN: BODEGA FORMULA AMB (FA)

ENTIDAD: AT1317 - MUNDIAL DE SEGUROS

MEDICO: Dr. MARTINEZ MURILLO ANDRES FELIPE

BOD	MAR REFERENCIA	PRES	DESCRIPCION DEL ITEM	REFE/DIMEN	CANTIDAD	OBSERVACIONES
099	GEN 39282	TABL	NAPROXENO TABLETA X 500 MG COD:	CAJA X 300	10.00	✓
099	GRU 731	UND	LIDOCAINA PARCHE TRANSD. 700MG	PRECIO	10.00	✓

OBSERVACIONES:

PEDIDO AMB. GENERADO DESDE URGENCIAS

UNIDADES
TOTAL

20.00

Entregado Por:



 Luz Mary Barreto

 AUXILIAR FARMACIA

Recibido Por:

Firma:

Nombre y Apellido: Greicy Ramos

Cedula:

Celular:

Parentesco:

Acudiente: ☐
 Paciente: ☒

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



Consulta Automotores

[Realizar otra consulta](#)

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

PLACA DEL VEHÍCULO:

NBU005

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10013665221

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

AUTOMOVIL

Información general del vehículo

MARCA:

CHEVROLET

LÍNEA:

SPARK GT

MODELO:

2013

COLOR:

GRIS GALAPAGO

NÚMERO DE SERIE:

9GAMF48D6DB028288

NÚMERO DE MOTOR:

B12D1*775749KC3*

NÚMERO DE CHASIS:

9GAMF48D6DB028288

NÚMERO DE VIN:

9GAMF48D6DB028288

CILINDRAJE:

1206


TIPO DE CARROCERÍA:

HATCH BACK

TIPO COMBUSTIBLE:

GASOLINA

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

 **30/10/2012**

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

SI

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

REPOTENCIADO:

NO

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN MOTOR

REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN CHASIS

REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN SERIE

REGRABACIÓN VIN (SI/NO):

NO

NRO. REGRABACIÓN VIN

VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):

NO

PUERTAS:

5

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

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

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
90622283	 03/03/2025	 04/03/2025	 03/03/2026	512	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	 VIGENTE
4308004914623000	 18/01/2024	 19/01/2024	 18/01/2025	512	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	 NO VIGENTE
100900686080100	 10/12/2022	 11/12/2022	 10/12/2023	511	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	 NO VIGENTE
15282000026680	 06/12/2021	 07/12/2021	 06/12/2022	511	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	 NO VIGENTE
4062643500	 25/11/2020	 30/11/2020	 29/11/2021	511	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	 NO VIGENTE



Pólizas de Responsabilidad Civil

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

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

Compromiso de desintegración física total y Pólizas de Caución

Tarjeta de Operación


Limitaciones a la Propiedad


 Garantías a Favor De

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

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga

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

 Normalización y Saneamiento

 Vehículo a desintegrar por proceso de normalización

Permiso de circulación restringida (PCR)

RESECCIÓN MOVILIDAD

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
32012001031045

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO DE BOGOTÁ

FECHA MATRÍCULA: 30/10/2012

FECHA EXP. LIC. TTO.: 24/03/2017

ORGANISMO DE TRÁNSITO: SEM - BOGOTÁ D.C.

BLINDAJE: *****

POTENCIA: 80

FECHA IMPORT.: 24/07/2012

PLERTAS: 5

LT06000442218

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013665221

PLACA: NBU005

MARCA: CHEVROLET

LÍNEA: SPARK GT

MODELO: 2013

CILINDRADA CC: 1.206

COLOR: GRIS GALAPAGO

SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO: AUTOMOVIL

TIPO CARROCERÍA: HATCH BACK

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CAPACIDAD <g/PSJ: 5

NÚMERO DE MOTOCICLO: B12D1*775749KC3*

REG: N

VIN: 9GAMF48D6DB028288

NÚMERO DE SERIE: 9GAMF48D6D3028288

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 9GAMF48D6DB028288

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RAMOS MEZA DOMINGO ESTEBAN

IDENTIFICACIÓN: C.C. 78291954

CATEGORÍAS AUTORIZADAS

CATEGORÍA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOCICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	14-07-2023	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	01-03-2031	PARTICULAR

ESTÁ LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0300538774

ServicioIntegrates 60547.2.0-4 07/22

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1012327258

NOMBRE: GREICY ESTHER RAMOS ARROYO

FECHA DE NACIMIENTO: 12-11-1986

FECHA DE EXPEDICIÓN: 14-07-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR: CONDUCIR CON LENTES

SANGRE-RH: O+

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR: STRIA MCPAL TTYTTE IBAGUE



INDICE DEFECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1986**

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-DIC-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00759554-F-1012327258-20151105

0047328642A 2 1303634302

ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.327.258**

RAMOS ARROYO

APELLIDOS

GREICY ESTHER

NOMBRES

Greicy Ramos

FIRMA

