



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 Radicacion:	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	FECR	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														
RAMOS						ARROYO								
1er.Apellido o Razon Social						2do.Apellido								
GREICY						ESTHER								
Ter.Nombre						2do.Nombre								
Tipo de Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT						No. Documento:	1012327258						
De:	11001	Fecha de Nacimiento:	12/11/1986					Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
Direccion:	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 OCURRIÓ EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO														
Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito <input checked="" type="checkbox"/>													
Naturales:	Sismo <input type="checkbox"/>	Maremoto <input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas <input type="checkbox"/>	Huracan <input type="checkbox"/>	Rayo <input type="checkbox"/>	Tornado <input type="checkbox"/>	Inundaciones <input type="checkbox"/>	Avalancha <input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra <input type="checkbox"/>	Incendio Natural <input type="checkbox"/>	Vendaval <input type="checkbox"/>			
Terroristas:	Explosion <input type="checkbox"/>	Masacre <input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal <input type="checkbox"/>	Combate <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios <input type="checkbox"/>	Desplazados <input type="checkbox"/>						
Direccion de la Ocurencia:	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"/> R							
Informe del accidente (Relato breve de los hechos):	PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE VEHICULO TIPO AUTOMOVIL DE PLACA NBU005 QUE COLISIONA CON MOTO													
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO														
RAMOS						MEZA								
1er.Apellido o Razon Social						2do.Apellido								
DOMINGO						ESTEBAN								
Ter.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:	78291954						
Direccion:	CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA													
Departamento:	TOLIMA			Cod.	73									
Municipio:	IBAGUE			Cod.	001	Telefono:	3196493029							
Total Folios:	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			intervencion de la Auto.				Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
Poliza SOAT No	90622283							Cobro excedente P%liza				Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
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 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

RAMOS	ARROYO
1er.Apellido	2do.Apellido
GREICY	ESTHER

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS PT PE

No. Documento 1012327258

Direccion: CALLE 121 NUMERO 175 05 STA ANA

Cod. 11

Teléfono: 3196493029

Departamento: BOGOTA D.C.

Cod. 001

Municipio: BOGOTA DC

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia: Remisión Orden servicio
Fecha de Remisión: / / a las

Código de inscripción:

Prestador que remite:

Telefono:

Direccion:

Cargo:

Profesional que Remite:

Fecha de Aceptación: / / a las

Código de inscripción:

Prestador que recibe:

Telefono:

Direccion:

Cargo:

Profesional que recibe:

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehiculo: Placa No.

Hasta :

Transporto la victimas desde :

Tipo de Transporte: Ambulancia Básica Ambulancia Medicalizada Lugar donde recoge la victimas 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

Diagnóstico presuntivo de Ingreso

R51X CEFALEA

Diagnóstico definitivo de Ingreso

M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Diagnóstico relacionado de Ingreso

R51X CEFALEA

Diagnóstico presuntivo de Egreso

R51X CEFALEA

Diagnóstico definitivo de Egreso

M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Diagnóstico relacionado de Egreso

R51X CEFALEA

MARTINEZ

1er.Apellido del MUDico o Profesional tratante

ANDRES

2do.Apellido del MUDico o Profesional tratante

1er.Nombre del MUDico o Profesional tratante

2do.Nombre del MUDico o Profesional tratante

Tipo Documento

CC CE PA

No. Documento

1110516445

Número de Registro de MUDico

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 numero 2.

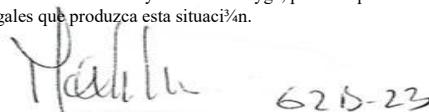
XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

 62B-23



CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

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

Sede 2 Cra 4D No. 32-17

B / Cadiz - Ibagué

Tels. 2641920 - 2654112



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NO.

FECR 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		ESTRATO: VEL I	
OBSERVACIONES:						
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

La entidad

Aceptada, el USUARIO

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

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1012327258

ADMISSION 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

>> 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 NO

ESTADO AL INGRESO

BUEN ESTDO GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENT QUE NIGRESA POR CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR 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 PUPILLAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS MUCOSA ORAL HUMEDA

CUELLO

MOVIL NO DOLOROSO NO ADENOAPTIAS

TORAX

TORAX NOROCONFIGRUADO RCS RITMICOS DE BUEN TONO NO SOPLOS MV CONSERVADO

ABDOMEN

BLANDO DEPREISLE NO DOLROSO A LA PALPACION RHA PRESNETES

GENITOURINARIO

SI ALTERACIOES

PELVIS

SIN ALTERACIONES

DORSOEXT

DORSO CON PRESENCIA DE DOLRO A NIVEL 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 INGRESO

DIAGNOSTICO 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 CEFALEA Y DOLOR SIN OTRAS ALTERACIONES POR LO CUAL SE INDICA ADMINISTRAR ANALGESIA Y SE DA ALTA A LA PACIENTE CON MANEO AMBULATOARIO E INCAPACIDAD PACIENTE SALE DE LA INSTITYUCION CON ADECUADAS CONDIONCES GRANLES SIN TORAS ALTERACIONES

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1012327258

ADMISSION 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
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	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, 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: 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
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: **2025-07-16** y egreso: **2025-07-16**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General
Accidente Estudiantil

- Accidente Laboral

Accidente de Tránsito



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**ADMISSION 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

Clinica
Asotrauma

M545

LUMBAGO NO ESPECIFICADO

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

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: Fecha/Hora Act:

2025.07.16 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:

3012327258

Celular:

3146442029

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

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
906222283	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)



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013665221


Libertad y Orden

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 Kg/PS 5
NÚMERO DE MOTOR B12D1775749KC3*	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			



