



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO  
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACION															
Fecha Radicaci%n:	D	D	M	M	A	A	A	A	No.Radicado	RG					
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}									Nro. Factura Cuenta de Cobro	FECR 348279					
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															
BOHORQUEZ									VELASQUEZ						
1er.Apellido o Razon Social				2do.Apellido											
JULIAN				ANDRES											
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:	1110594280
De:	IBAGUE Fecha de Nacimiento:											26/9/1998	Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	
Direcci%n:	CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA														
Departamento:	TOLIMA				Cod. 73				Telefono:				3014551201		
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:	Explosi%n <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"/>														
Direcci%n de la Ocurrencia:	KM 10 VIA IBAGUE VENADIILLO														
Fecha Evento/Accidente:	2/11/2025 Hora: 17:00														
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 CONDUCTOR DE MOTOCICLETA REFIERE QUE PIERDE EL CONTROL POR VIA DESTAPADA CAE RESULTANDO LESIONADO															
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO															
BOHORQUEZ									VELASQUEZ						
1er.Apellido o Razon Social				2do.Apellido											
JULIAN				ANDRES											
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:	1110594280					
Direccion:	CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA														
Departamento:	TOLIMA				Cod. 73										
Municipio:	IBAGUE				Cod. 001				Telefono:	3014551201					
Total Folios: 28															
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:	YAMAHA Placa: ADQ58G				No. Siras: 63fbcfbb4dc7726e										
Tipo de Servicio:	Automovil <input 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 checked="" type="checkbox"/>	Motocarro <input type="checkbox"/>	Mototriciclo <input type="checkbox"/>	Cuatrimoto <input type="checkbox"/>	Moto Extranj. <input type="checkbox"/>	Vehic.Extranj. <input type="checkbox"/>	Volqueta <input type="checkbox"/>									
Codigo Aseguradora:	AT1317 MUNDIAL DE SEGUROS				intervenci%n de la Auto.				Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>					
Poliza SOAT No	91725132				Cobro excedente P%liza				Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>					
Vigencia de la Poliza:	Desde: 3/7/2025	Hasta: 2/7/2026													
VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA															
Codigo CUPS Hospitalizaci%n:	129A02				Complejidad de Procedimiento Quirurgico:				ALTA						
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	798431				Dias de UCI reclamados:				0						
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	792901				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

BOHORQUEZ	VELASQUEZ
1er.Apellido	2do.Apellido
JULIAN	ANDRES

1er.Nombre

2do.Nombre

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

No. Documento 1110594280

Dirección: CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA

Cod. 73

Teléfono: 3014551201

Departamento: TOLIMA

Cod. 001

Municipio: IBAGUE

## IX. DATOS DE REMISION

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

Fecha de Remisión: / / a las

Código de inscripción:

Prestador que remite:

Teléfono:

Direccion:

Cargo:

Profesional que Remite:

Fecha de Aceptación: / / a las

Código de inscripción:

Prestador que recibe:

Teléfono:

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 <input type="checkbox"/>	Ambulancia Medicalizada <input type="checkbox"/>	Lugar donde recoge la victimas	Zona: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------------------	--

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

Fecha de ingreso: 2/11/2025 a las 21:21

Fecha de Egreso: 4/11/2025 a las 03:06

Diagnóstico presuntivo de Ingreso

S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Diagnóstico presuntivo de Egreso

Diagnóstico definitivo de Ingreso

S600 CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE

S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Diagnóstico relacionado de Ingreso

S631 LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

Diagnóstico definitivo de Egreso

S600 CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE

Diagnóstico relacionado de Egreso

S631 LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

TORRES

MONTEALEGRE

1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante

2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante

OSCAR

IVAN

1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante

2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante

Tipo Documento

 CC  CE  PA

No. Documento

14139079

Número de Registro de MÚdico

14139079

## XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	5290900	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 - Ibagué

Tels. 2641920 - 2654112

## FACTURA ELECTRONICA DE VENTA NO.

FECR 348279

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE,18-Nov-2025

HORA 10:36:43

ACEPTACION DIAN: 2025.11.18 10:36:54 AM

ENTIDAD RESPONSABLE		( 860037013 )	TIPO CONTRATO		ORDEN SS		TIPO INGRESO	
CONTRATO/PLAN			EVENTO	REGIMEN	1-1188862	ANEXO2:	HOSPITALIZACION	FECHA INGRESO FECHA EGRESO
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE		2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT	OTRO REGIMEN		2/11/2025	Dias estancia	4/11/2025	2 :
CC - 1110594280 BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES			EDAD :	27 Años		Observaciones egreso:		
<b>OBSERVACIONES:</b>								
COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
<b>INTERVENCIONES QUIRURGICAS</b>								
UNICO/UNILATERAL								
14175	REDUCCION ABIERTA LUXACION INTERFALANGICA (UNA A DOS)	2025.11.04 39008	1	10 100.0	CIRUJANO LDB	1	684,200	684,200
39212	14175 - GRUPO 10	2025.11.04 39212	1	100.0	DER.SALA ASO	1	1,222,800	1,222,800
39304	14175 - GRUPOS 10 11 12 13	2025.11.04 39304	1	100.0	MATERIALES ASO	1	684,600	684,600
UNICO/UNILATERAL								
14163	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO(UNA A DOS)	2025.11.04 39008	3	10 50.00	CIRUJANO LDB	1	342,100	342,100
<b>MATERIAL OSTEOSINTESIS</b>								
PIN KIRSCHNER 1.2 MM X230MM								
2								
<b>MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>								
JERINGA X1MLX27/1/2B10233								
1								
<b>MEDICAMENTOS</b>								
19997313-02	TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CAJA X 52009M-0009821					1	2,900	2,900
<b>MEDICAMENTOS AMBULATORIOS</b>								
19929856-13	CEFALEXINA CAPSULA X500 MG2021M-0001707-R2					30	800	24,000
24032-06	ACETAMINOFEN+CODEINA TAB 325+30MGNO POS para EPS					30	2,300	69,000
<b>IMAGENES DX</b>								
21101	MANO DEDOS PUNO MUNECA CODO PIECLAVICULA ANTEBRAZO CUELLO DE PIE TO	21101				2	73,500	147,000
21602	PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y O INTENICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFAN	21602				1	221,300	221,300
<b>OTROS</b>								
21716	EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	21716				1	621,600	621,600
21722	RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL AGREGAL COSTO DEL EXAMEN:	21722				1	1,057,500	1,057,500
39145	CONSULTA DE URGENCIAS	39145				1	85,800	85,800
14165	FERULA ZIMMERS	14165				1	13,900	13,900

SUB TOTAL PAGINA \$ 5,290,900

\* .T VALOR BRUTO: 5,290,900 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 5,290,900

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.\*\*\*\*\*

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: MARYULI MARLEY YULIETH ROMERO CRUZ

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

Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

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

Cufe: 6219b4e12897a8607148db8951fea32909321976c9568dbdbf2d9a6beb19cd9eb6da15bacb7cb5b9da40c598a8153630

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR CLINICA ASOTRAUMA SAS, NIT. 800.209.891-7

GEMA Vs 2.0 Siecol SAS - THE FACTORY HKA COLOMBIA SAS

SOMOS EXCLUIDOS DEL IMPUESTO A LAS VENTAS - SOMOS REGIMEN COMUN

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, AVISOS, TABLEROS, SOBRE INGRESOS POR PRESTACION DE

SERVICIOS DE SALUD SEGUN ART. 39 DE LA LEY 14 DE 1983.

La entidad

Aceptada, el USUARIO

Fecha: 2025-11-04

Yo, **Sandro bohorquez** identificado con cédula NRO **93387038** como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de acudiente del paciente **BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN** con documento **1110594280** manifiesto de manera libre y espontánea que recibio real, materialmente y a entera satisfacción los servicios de:

Atención de Urgencias  
Atención en UCI  
Consulta Externa  
Servicio de Cirugía

- |                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Imagenes Diagnósticas |
| <input type="checkbox"/>            | Material de Ortesis   |
| <input type="checkbox"/>            | Material de Ortopedia |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Medicamentos          |

- |                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | Laboratorios                |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Servicio de Curaciones      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Servicio de hospitalización |
| <input type="checkbox"/>            | Ecografías                  |

Otros:

Durante la atención correspondiente a la fecha de ingreso: **2025-11-02** y egreso: **2025-11-04**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General  
Accidente Estudiantil

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Accidente Laboral |
| <input type="checkbox"/> |                   |

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Accidente de Tránsito |
|--------------------------|-----------------------|



Otros:

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

De igual forma autorizo el tratamiento de mis datos, conforme al manual de polticas de la **Clínica Asotrauma S.A.S** publicado en la página web [www.asotrauma.com.co](http://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  
REPRESENTANTE LEGAL  
**SANDRO BOHORQUEZ**  
**93387038**

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

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1110594280

ADMISSION N\_: 1188862

SINIESTRO: 147125

NOMBRE: BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES Num. Id-: CC 1110594280  
FECHA NACIMIENTO: 98.09.26 EDAD: 27 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3014551201  
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE:  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.11.02 21:21  
Observacion Fecha/Hora de registro: 2025.11.02 23:48

## >> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.11.02

<<REGISTRO: 23:48:37 >> (DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL)

### MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA REFIERE QUE PIERDE EL CONTROL POR VIA DESTAPADA CAE RESULTANDO LESIONADO

### REINGRESO NO

### ESTADO AL INGRESO

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, CON TRAUMA EN 4 DEDO DE MANO

### ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN TRAUMA CONTUNDENTE POR ACCIDENTE DE TRANSITO PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA QUE PEIRDE EL CONTROL POR VIA DESTAPADA PACIENTE CON TRAUMA EN 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA, EDEMA LOCAL DOLOR A LA PALPACION, RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO

### REVISION POR SISTEMA

#### ANTECEDENTES

--><>2025.11.02-23:48:41>>, (DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1188862

NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS, NO ANTECEDENTES ALERGICOS, NO ANTECEDENTES QUIRURGICOS,

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

SIGNS VITALES TA: 110/78 FC: 78 FR: 18 Tmp: 36.5 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

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

### CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NO DEFORMIDAD, NO HERIDAS ORGANOS DE LOS SENTIDOS NORMALES

### CUELLO

NO ADENOPATIAS NO INGURGITACION YUGULAR

### TORAX

NO MOVILIZACION DE SECRECIONES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS,

### ABDOMEN

BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

### GENITOURINARIO

NO HEMATURIA, NO IRRITACION URIANRIA

### PELVIS

NO SIGNOS DE TRAUMA NO SIGNOS DE CONTUSION

### DORSOEXT

MANO IZQUIERDA: EDEMA LOCAL DOLOR A LA PALPACION, RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO EN 4 DEDO

### NEUROLOGICO

SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO,

### PIEL

NO QUEMADURAS POR FRICION

### FANERAS

SIN SIGNOS DE EXTRAVASACCION SANGUINEA

### DIAGNOSTICOS INGRESO

#### DIAGNOSTICO DE INGRESO

S600 - CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S)

# HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

1110594280

ADMISSION N\_: 118862

SINIESTRO: 147125

NOMBRE: BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES Num. Id-: CC 1110594280  
FECHA NACIMIENTO: 98.09.26 EDAD: 27 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U  
DIRECCION: CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3014551201  
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:  
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.11.02 21:21  
Fecha/Hora de registro: 2025.11.02 23:48  
OBSERVACION  
UÑA(S)

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

### EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX MANO, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

DERECHA

### PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CAJA X 5 CANT: 1 UNA AMPOLLA AHORA

### DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

#### DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

#### DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S631 - LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

**>>> CONTROL / Fecha: 2025.11.03**

&lt;&lt; REGISTRO: 01:37:58 &gt;&gt;

(DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL)

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

### EVOLUCION

NOTA DE EVOLUCION MEDICA

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: FRACTURA DE FLAANGE PROXIMAL DE 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA

SE COMENTA CON EL DR DIAZ CIRUGJANO DE MANO QUE ORDENA TOMA DE TAC DE MANO EN 3 D PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA DE MANO

### EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC DE MANO CON RECONSTRUCCION

JUSTIFICACION

TAC DE MANO CON RECONSTRUCCION

### PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML CANT: 1 80 CC HORA

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CAJA X 5 CANT: 1 UNA AMPOLLA IV CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

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

DESTINO SALIDA:

FECHA DE EGRESO: . . .

ESTADO A LA SALIDA:

SERVICIO:

HORA DE EGRESO:

  
Óscar Ivan Torres M.  
CC: 14.139.078  
RM: 078  
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

**Dr. TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN**

Registro Medico: 14139079

CC - 14139079

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

**PACIENTE: BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES**

DOC.IDENT: CC 1110594280 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PAR  
 FCHA.NACTO: 1998.09.26 EDAD: 27 A CIUDAD: IBAGUE TEL: 3014551201  
 EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

SERVICIO DE INGRESO3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2025.11.02 HORA DE INGRESO: 21:21  
 SERVICIO DE EGRESO:2-HOSPITALIZACION FECHA DE EGRESO: 2025.11.04 HORA DE EGRESO: 03:06

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

**DIAGNOSTICOS AL EGRESO**

TIPO GRADO

CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

CERRADA

RELACIONADO 1: S631 - LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

---- FECHA: 2-Nov-2025-23:48:37 // AREA: HOJA DE URGENCIAS ----

\*\*\*\*\* (DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL) \*\*\*\*\*

**>> DEL INGRESO****\*\*\* MOTIVO DE LA CONSULTA \*\*\***

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA REFIERE QUE PIERDE EL CONTROL POR VIA DESTAPADA CAE RESULTANDO LESIONADO

**\*\*\* ENFERMEDAD ACTUAL \*\*\***

INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN TRAUMA CONTUNDENTE POR ACCIDENTE DE TRANSITO PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA QUE PEIRDE EL CONTROL POR VIA DESTAPADA PACIENTE CON TRAUMA EN 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA, EDEMA LOCAL DOLOR A LA PALPACION, RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO

**\*\*\* HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA \*\*\***

<<CABEZA>>

NO DEFORMIDAD, NO HERIDAS ORGANOS DE LOS SENTIDOS NORMALES

<<CUELLO>>

NO ADENOPATIAS NO INGURGITACION YUGULAR

<<TORAX>>

NO MOVILIZACION DE SECRECIONES RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS,

<<ABDOMEN>>

BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

<<GENITOURINARIO>>

NO HEMATURIA, NO IRRITACION URIANRIA

<<PELVIS>>

NO SIGNOS DE TRAUMA NO SIGNOS DE CONTUSION

<<DORSO / EXTREMIDADES>>

MANO IZQUIERDA: EDEMA LOCAL DOLOR A LA PALPACION, RESTRICCIÓN DEL MOVIMIENTO EN 4 DEDO

<<NEUROLOGICO>>

SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO,

<<PIEL>>

NO QUEMADURAS POR FRICION

<<FANERAS>>

SIN SIGNOS DE EXTRAVASACCION SANGUINEA

**\*\*\* SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS \*\*\***

RX MANO, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

DERECHA

**\*\*\* PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO \*\*\***

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CAJA X 5 CANT: 1 UNA AMPOLLA AHORA

---- FECHA: 2-Nov-2025-23:48:41 // AREA: ANTECEDENTES PERSON/FLIAR ----

\*\*\*\*\* (DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL) \*\*\*\*\*

**PACIENTE: BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES**

DOC.IDENT: CC 1110594280 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PAR  
 FCHA.NACTO: 1998.09.26 EDAD: 27 A CIUDAD: IBAGUE TEL: 3014551201  
 EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+  
 SERVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2025.11.02 HORA DE INGRESO: 21:21  
 SERVICIO DE EGRESO:2-HOSPITALIZACION FECHA DE EGRESO: 2025.11.04 HORA DE EGRESO: 03:06

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

**DIAGNOSTICOS AL EGRESO**

	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	CERRADA	
RELACIONADO 1: S631 - LUXACION DE DEDOS DE LA MANO		

**>> DE LA EVOLUCION****\*\*\* DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) \*\*\***

--><<2025.11.02-23:48:41>>, (DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1188862

NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS, NO ANTECEDENTES ALERGICOS, NO ANTECEDENTES QUIRURGICOS,

---- FECHA: 3-Nov-2025-01:37:58 // AREA: HOJA DE URGENCIAS ----

\*\*\*\*\* (DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL) \*\*\*\*\*

**>> DEL INGRESO****\*\*\* SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS \*\*\***

TAC DE MANO CON RECONSTRUCCION

JUSTIFICACION

TAC DE MANO CON RECONSTRUCCION

**\*\*\* PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO \*\*\***

CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML CANT: 1 80 CC HORA

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CAJA X 5 CANT: 1 UNA AMPOLLA IV CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

**>> DE LA EVOLUCION****\*\*\* DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) \*\*\***

NOTA DE EVOLUCION MEDICA

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: FRACTURA DE FLAANGE PROXIMAL DE 4 DEDO DE MANO IZQUIERDA

SE COMENTA CON EL DR DIAZ CIRUGJANO DE MANO QUE ORDENA TOMA DE TAC DE MANO EN 3D  
 PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA DE MANO

---- FECHA: 3-Nov-2025-02:53:56 // AREA: INTERCONSULTA ----

\*\*\*\*\* (DR(A). LDB - DIAZ BATLLE LUIS CARLOS - C.C. 78699412 - REG. MEDICO: 68194 - ORTOPEDIA DE MANO) \*\*\*\*\*

**>> DE LA EVOLUCION****\*\*\* DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) \*\*\***

CIRUGIA D ELA MANO

TRAUAM ENE L DEDO ANAURL IZQUIERDO EN ACCIDNETD ETARNATO CON POSTERIROEDEMA DOLOR Y LIMITACION CUNIOANL

RX D ELA MANO MUESTRA UNA LUXOFRACTUARDE LA INTERLANGIA PROXIMALD EL 4 DEDO IZQ

ANETCEDNETS PATOLOGICOS NOQX NO ALERGIA SNO

EFISICO EDEMA DEL 4 DEDO DE LA MANO IZQ

DX LUXOFRACTUAR INTERFLANGICA PROXIMALD EL 4 DEDO IZQUIEROD

PLAN TAC DE MANO CON RECONSTRUCICON3D VALOARA FRACTURADE LA INTERFALANGICA Y LUXACION Y EL TIPODE FIJACION

**PACIENTE: BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES**

DOC.IDENT: CC 1110594280 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PAR  
 FCHA.NACTO: 1998.09.26 EDAD: 27 A CIUDAD: IBAGUE TEL: 3014551201  
 EST.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+  
 SERVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 2025.11.02 HORA DE INGRESO: 21:21  
 SERVICIO DE EGRESO:2-HOSPITALIZACION FECHA DE EGRESO: 2025.11.04 HORA DE EGRESO: 03:06

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO		CERRADA
RELACIONADO 1: S631 - LUXACION DE DEDOS DE LA MANO		

EL TAC CON TRES D MUESTRA UNA LUXOAFRACTURA INTERFALANGICA DE 4 DEDO CON CABEZA DE FALANGE PROXIMAL CONMINUTA DESPLAZADA PALMAR

RIESGO INFECICON RIGDIEZ DOLOR D EFORMIDAD ARTROSIS MALA UNION NO UNION FIJADOR EXTERNOA

---- FECHA: 4-Nov-2025-02:20 // AREA: DESCRIPCION QUIRURGICA ----

\*\*\*\*\* (DR(A). LDB - DIAZ BATLLE LUIS CARLOS - C.C. 78699412 - REG. MEDICO: 68194 - ORTOPEDIA DE MANO) \*\*\*\*\*

**>> DE LA EVOLUCION**

\*\*\* DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) \*\*\*

MEDICO CIRUJANO: DIAZ BATLLE LUIS CARLOS

INSTRUMENTADOR(A): ASTRID

HORA INICIAL/FINAL: 02:20 / 03:00 DURACION: 00:40

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

REDUCCION ABIERTA LUXACION INTERFALANGIC	VIA: 1	MEDICO: DIAZ BATLLE LUIS CARLOS
REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO	VIA: 3	MEDICO: DIAZ BATLLE LUIS CARLOS

No. DESCRIPCION: 94740

TIPO DE ANESTESIA: LOCAL TIPO DE HERIDA: LIMPIA QUIROFANO: QUIROFANO 02 EGRESO: VIVO

**\*\*\* DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO \*\*\*****HALLAZGOS :**

DEDO ANULAR IZQUIERDO CON FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL EN EL CUELLO CONMINUTA DESPLAZADA PALMAR Y LUXACION INTERFALANGICA PROXIMAL DORSAL ,

**PROCEDIMIENTO:**

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES , BLOQUEO DIGITAL CON LIDOCAINA SIMPLE 10CC ,SE CONTINUA REALIZAR INCISION LATERAL DE 3MM SE REDUCE ABIERTO CON PINZAS LA LUXACION INTERFALANGICA DEL ANULAR IZQ Y LUEGO CON PINZAS DE PUNTAS ,SE REDUCE ABIERTO LA FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL SE FIJA DE DISTAL PROXIMAL CON PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1 DE RADIAL A CUBITAL Y PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1 CUBITAL A RADIAL SE VERIFICA CON DOS DISPAROS SE LAVA SE CIERRE FERULA ZIMMER # 1

**GASTO DE MATERIAL DE TRAUMATOL :**

PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1  
 PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1  
 FERULA ZIMMER # 1

**PLAN :**

**PACIENTE: BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES**

DOC.IDENT:	CC 1110594280	SEXO:	MASCULINO	DIRECCION:	CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PAR
FCHA.NACTO:	1998.09.26	EDAD:	27 A	CIUDAD:	IBAGUE
EST.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+	TEL:	3014551201
SERVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS		FECHA DE INGRESO:		2025.11.02 HORA DE INGRESO: 21:21	
SERVICIO DE EGRESO:2-HOSPITALIZACION		FECHA DE EGRESO:		2025.11.04 HORA DE EGRESO: 03:06	

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRESUNTIVO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

**DIAGNOSTICOS AL EGRESO**

CONFIRMADO: S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO TIPO CERRADA

RELACIONADO 1: S631 - LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

SALIDA CON ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS ,CONTROL EN 3SEMANAS E INCAPACIDAD MÉDICA

\*\*\* RAYOS X INTROOPERATORIOS \*\*\*

RX DE LA MANO IZQUIERDA CON PORTATIL ADECUADA REDUCCION DE LA INTERFALANGICA PROXIMAL Y DE FALANGE PROXIMAL DEL ANULAR IZQ FIJADO CON PINES DE KIRSCHNER

\*\*\* INTENSIFICADOR DE IMAGEN \*\*\*

6 DISPAROS



Óscar Ivan Torres M.  
CC. 14.139.079  
RM. 078  
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

DR(A).- TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN

MEDICINA GENERAL

Reg. Medico:14139079

# **INTERCONSULTA MEDICA**

**CLINICA ASOTRAUMA SAS**

**Fecha:** 2025.11.03

**ADMISSION N:** 1188862  
**SINIESTRO:** 147125

**PACIENTE:** BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES

**Doc. Id:** 1110594280      **Edad:** 27      **Entidad:** MUNDIAL DE SEGUROS

**HIST. CLINICA:** 1110594280

**Cama:**

## **DATOS ASIGNADOS EN URGENCIAS**

**Medico Solicitante:** OTM/ TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN

**Fecha:** 2025.11.03      **Hora:** 02:53:56

**Diagnostico Definitivo:** S600/ CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S)

**Area:** URG

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

**Registro Medico:** 14139079

## **VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA**

**Diagnostico Definitivo:** S626/ FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

**Tipo:** CERRADA

**Diagnostico Relacionado1:** S631/ LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

### **Descripcion Clinica**

CIRUGIA D ELA MANO

TRAUAM ENE L DEDO ANAURL IZQUIERDO EN ACCIDNETD ETARNHSITO CON POSTERIROEDEMA DOLOR Y LIMITACION CUNIOANL

RX D ELA MANO MUESTRA UNA LUXOFRACTUARDE LA INTERLANGCIA PROXIMALD EL 4 DEDO IZQ

ANETCEDNETS PATOLOGICOS NOQX NO ALERGIA SNO

EFISICO EDEMA DEL 4 DEDO DE LA MANO IZQ

DX LUXOFRACTUAR INTERFLANGICA PROXIMALD EL 4DED0 IZQUIEROD

PLAN TAC DE MANO CON RECONSTRUCICON3D VALOARA FRACTURA DE LA INTERFALANGICA Y LUXACION Y EL TIPODE FIJACION

EL TAC CON TRES D MUESTRA UNA LUXOAFRACTURA INTERFALANGICA DE 4 DEDO CON CABEZA DE FALANGE PROXIMAL CONMINUTA DESPLAZADA PALMAR

RIESGO INFECICON RIGDIEZ DOLORD EFORMIDAD ARTROSIS MALA UNION NO UNJION FIJADOR EXTYERNOA

### **ANALISIS/DIAGNOSTICO/PLAN**

**Dr. DIAZ BATILLE LUIS CARLOS**

**Especialidad:** ORTOPEDIA DE MANO

**Registro Medico:** 68194

**CC - 78699412**

## CLINICA ASOTRAUMA SAS

## DESCRIPCION QUIRURGICA No 94740

**Orden de Servicio Número:** 180-1 -1188862

Fecha 2025.11.04

Nombre Paciente: BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES 1110594280 Edad: 27 Sexo: M

Hora inicio 02:20 Hora fin: 03:00 Duración: 00:40 Tipo de Anestesia: LOCAL

Cirujano: LDB- DIAZ BATLLE LUIS CARLOS Ayudante: -

Anestesiólogo: Instrumentación ASTRID

Clase de cirugía: HOSPITALARIA Tipo de cirugía: URGENCIAS Tipo de herida: LIMPIA

## Diagnósticos Pre-Operatorios:

1. S626-FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
2. S631-LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

## Diagnósticos Post-Operatorios:

1. S626-FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO
2. S631-LUXACION DE DEDOS DE LA MANO

Descripción de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
14175	REDUCCION ABIERTA LUXACION INTERFALANGICA (UNA A DOS)	LDB	1 - 1i
14163	REDUCCION ABIERTA FRACTURA FALANGES MANO(UNA A DOS)	LDB	3 -

Descripción: DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

HALLAZGOS :

DEDO ANULAR IZQUIERDO CON FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL EN EL CUELLO CONMINUTA DESPLAZADA PALMAR Y LUXACION INTERFALANGICA PROXIMAL DORSAL ,

PROCEDIMIENTO:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES , BLOQUEO DIGITAL CON LIDOCAINA SIMPLE 10CC ,SE CONTINUA REALIZAR INCISION LATERAL DE 3MM SE REDUCE ABIERTO CON PINZAS LA LUXACION INTERFALANGICA DEL ANULAR IZQ Y LUEGO CON PINZAS DE PUNTAS ,SE REDUCE ABIERTO LA FRACTURA DE FALANGE PROXIMAL SE FIJA DE DISTAL PROXIMAL CON PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1 DE RADIAL A CUBITAL Y PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1 CUBITAL A RADIAL SE VERIFICA CON DOS DISPAROS SE LAVA SE CIERRE FERULA ZIMMER # 1

GASTO DE MATERIAL DE TRAUMATOL :

PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1

PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM # 1

FERULA ZIMMER # 1

PLAN :

SALIDA CON ANALGESICOS, ANTIBIOTICOS ,CONTROL EN 3SEMANAS E INCAPACIDAD MÉDICA

Anatomía Patológica:

Complicación: -

Descripción de la complicación

Rayos X Intraoperatorios

RX DE LA MANO IZQUIERDA CON PORTATIL ADECUADA REDUCCION DE LA INTERFALANGICA PROXIMAL Y DE FALANGE PROXIMAL DEL ANULAR IZQ FIJADO CON PINES DE KIRSCHNER

Intensificador de Imagen

6 DISPAROS

DR(A)- DIAZ BATLLE LUIS CARLOS

ORTOPEDIA DE MANO

Reg. Medico:68194

CC - 78699412

# 9835

**FECHA:** 3-Nov-2025

**PACIENTE:** BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES

**ENTIDAD:** MUNDIAL DE SEGUROS

**ESPECIALISTA:** DIAZ BATLLE LUIS CARLOS

**CASA COMERCIAL 1:** SAMPEDRO

**DOCUMENTO:** 1110594280 - CC

**PROCEDIMIENTO:** REDUCCION ABIERTA FRACTURA  
FALANGES MANO (UNA A DOS)

**PROVEEDOR:** TRAUMATOL

**SOPORTE 1:** SIN SOPORTE

DESCRIPCION	CODIGO	CANTIDAD LOTE Y/O SERIE	SET
PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM	K1223	1.00 PI198711X1	
PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM	K1223	1.00 PI202056X2	
FERULA ZIMERS	14165	1.00 2386727824	



**INSTRUMENTADOR:** ASTRID CAICEDO RODRIGUEZ  
**SOPORTE:** SIN SOPORTE

**Dr. DIAZ BATLLE LUIS CARLOS**  
**CC - 78699412**  
**68194**

**RESPONSABLE DE DILIGENCIAMIENTO:** \*\* USR NO DEFINIDO \*\*



Nº Resolución: 18764094838403 Prefijo: FVEC Consecutivo: 16001 hasta 42000 Fecha: 2025-06-25 hasta 2027-06-25

<b>Datos del Emisor</b>		<b>Datos del Adquirente</b>	
<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> facturaciontraumatol@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 Nº 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	K1223	1.00	94	PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM// LOTE: PI198711X1// INVIMA: 2022DM-0008577-R1	56,700.00				56,700.00
2	K1223	1.00	94	PIN KIRSCHNER 1.2MM X 230MM// LOTE: PI202056X2// INVIMA: 2022DM-0008577-R1	56,700.00				56,700.00
Total Items		2							

<b>Totales</b>	
<b>SUBTOTAL:</b>	113,400.00
<b>TOTAL Base Imponible:</b>	0.00
<b>TOTAL Descuento Global:</b>	0.00
<b>TOTAL Anticipos:</b>	0.00
<b>TOTAL Recargo Global:</b>	0.00
<b>TOTAL:</b>	113,400.00
<b>TOTAL en letras:</b> Ciento Trece Mil Cuatrocientos Con Cero COP	
<b>Redondeo Aplicado:</b>	0.00

<b>Campos Extras</b>	
Paciente:	BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES
Identificacion:	1110594280
Medico:	DIAZ BATLE LUIS CARLOS
Area de Atención:	CIRUGIA

<b>Medios de Pago</b>									
<b>Forma de Pago</b>	<b>Medio de Pago</b>	<b>Fecha de Vencimiento</b>	<b>Número de Referencia</b>	<b>Código Referencia</b>	<b>Número de Días</b>	<b>Código Banco</b>	<b>Banco</b>	<b>Número de Transferencia</b>	<b>Código del Canal de Pago</b>
Crédito	Otro	2025-12-04	Referencia de pago 17598		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: 0215682505ed8a3bac03b32d1b6b20be73c56e33c63886e33855222b27f68887facca359baa6966fed2ce7fef83191c4

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-21-791



Bogotá, Martes 4 de Noviembre de 2025

Señores  
**CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.**  
Ciudad

Cordial saludo:

Por medio de la presente certifico que al Señor(a) **BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES** identificado(a) bajo el documento de identidad No **1110594280** 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 **FVEC00017598** y a la fecha ya se encuentran debidamente cancelada.

Atentamente,

**CONSUELO VALDERRAMA HERNANDEZ**  
GERENTE



Nº 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> facturaciontraumatol@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 Nº 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	14165	1.00	94	FERULA ZIMERS// LOTE: 2386727824// INVIMA: 2017DM-0001551-R1	13,900.00				13,900.00
Total Items		1							

Totales	
SUBTOTAL:	13,900.00
TOTAL Base Imponible:	0.00
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Anticipos:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
<b>TOTAL:</b>	<b>13,900.00</b>
<b>TOTAL en letras: Trece Mil Novecientos Con Cero COP</b>	
Redondeo Aplicado:	0.00

Campos Extras	
Paciente:	BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES
Identificacion:	1110594280
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	2025-12-05	Referencia de pago 55305		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: 138847a6ecd40b60e6105bde55affdcea736aa108b6bfc413127c12425668aae06b705e9c5fb03380b21d7d04b2a4c2

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-21-791



Bogotá, Miercoles 5 de Noviembre de 2025

Señores  
**CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.**  
Ciudad

Cordial saludo:

Por medio de la presente certifico que al Señor(a) **BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES** identificado(a) bajo el documento de identidad No **1110594280** 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 **LBEC00055305** y a la fecha ya se encuentran debidamente cancelada.

Atentamente,

**CONSUELO VALDERRAMA HERNANDEZ**  
GERENTE

**INFORME DE IMAGENOLOGIA**

FECHA EMISION:	18/11/20
HORA:	10:23:15
PAGINA No:	1

**Numero de Examen:**99520842

**Fecha de Examen:** 2/11/2025

**Numero de Identificacion:** 1110594280

**Nombre Paciente:**BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES

**Dirección:** CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA **Telefono:**3014551201 **Edad:**27 A **Sexo:**M

**Entidad:** MUNDIAL DE SEGUROS

**RX MANO , AP-LATERAL**

**\*HALLAZGOS**

RX MANO IZQUIERDA

Proyección en AP lateral

Densidad ósea conservada.

No se demuestran lesiones focales de comportamiento lítico ni blástico.

Se identifica trazo fracturario en cabeza de la falange proximal del cuarto dedo con importante edema de los tejidos blandos periarticulares.

e



**FIRMA**

DR. JIMER ORLANDO PARRA HERNANDEZ

CC. 1110504570 - RM 1110504570

**Medico - Radiologo**

Carrera 4d No. 32-34 B/ Cadiz - Tels. 264 19 20 - 265 16 34 - Ibagué - Tolima

**INFORME DE IMAGENOLOGIA**

FECHA EMISION:	18/11/20
HORA:	10:24:43
PAGINA No:	1

**Numero de Examen:**99520991

**Fecha de Examen:** 4/11/2025

**Numero de Identificacion:** 1110594280

**Nombre Paciente:**BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES

**Dirección:** CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA **Telefono:**3014551201 **Edad:**27 A **Sexo:**M

**Entidad:** MUNDIAL DE SEGUROS

**RX MANO , AP-LATERAL**

**\*HALLAZGOS**

**RX MANO IZQUIERDA - PORTATIL**

Hay cambios posquirúrgicos en el segundo dedo, reducción de fractura en la epífisis distal de la falange proximal.

Clavo de osteosíntesis en posición habitual.

Adequado afrontamiento y alineación ósea.

Espacios conservados.

Superposición de artificios por vendaje.

j

**FIRMA**



DR. GUILLERMO ANTONIO DIAZ

C.C. 73083618 - RM: CMC2017-22262

**Medico - Radiologo**

Carrera 4d No. 32-34 B/ Cadiz - Tels. 264 19 20 - 265 16 34 - Ibagué - Tolima

**CLINICA ASOTRAUMA SAS****ADMISSION No. 180-1 1188862****No. EXAMEN: 99520853****PACIENTE:** 1110594280      BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES**FECHA SOL.: 25.11.02****AREA SOL.:** URGENCIAS**SERV. ORIGEN:****EDAD:** 27**PRIORIDAD:** ALTA**DIAGNOSTICO:** S600-CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

<b>CODIGO</b>	<b>EXAMEN</b>	<b>No MUESTRA</b>
0139R	TAC DE MANO CON RECONSTRUCCION	1
	TAC DE MANO CON RECONSTRUCCION	

**MEDICO SOL:** OTM-TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN

**Numero de Examen:** 99520853

**Fecha de Examen:** 3/11/2025

**Numero de Identificacion:** 1110594280

**Nombre Paciente:** BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES

**Direccion:** CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA **Telefono:** 3014551201 **Edad:** 27 A **Sexo:** M

**Entidad:** MUNDIAL DE SEGUROS

## **TAC DE MANO CON RECONSTRUCCION**

### **\*HALLAZGOS**

TAC DE MANO DERECHA CON 3D.

Se practicaron cortes axiales en la mano derecha con equipo multidetector de 16 cortes y se realizaron adicionalmente reconstrucciones multiplanares y tridimensionales, se demuestran los siguientes hallazgos:

Se observa una fractura comminuta en la epífisis distal de la falange proximal del cuarto dedo la cual compromete la superficie articular y el espacio interfalángico proximal, hay diástasis de los fragmentos con irregularidad del contorno óseo. Asimetría del espacio.

Edema de los tejidos blandos.

La articulación distal es normal.

Los demás dedos se observan de apariencia usual.

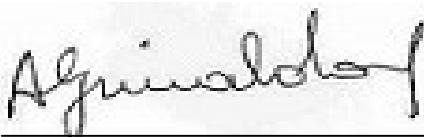
**CONCLUSIÓN:**

**FRACTURA CONMINUTA CON COMPROMISO ARTICULAR EN LA EPÍFISIS DISTAL DE LA FALANGE PROXIMAL DEL CUARTO DEDO, COMPROMISO DE LA ARTICULACIÓN INTERFALÁNGICA PROXIMAL.**

Nota: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto con 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.FEV6313

Cs

**FIRMA**



DR. ADRIANA CONSTANZA GRIMALDO

CC 51853156 - RM 13393 SST

Medico - Radiologo

Carrera 4d No. 32-34 B/ Cadiz - Tels. 264 19 20 - 265 16 34 - Ibagué - Tolima



NIT. 900.702.090-0

Ibagué, 18 de Noviembre de 2025

Señores

CLINICA ASOTRAUMA SAS.

CIUDAD

Por medio de la presente certifico que a la Señor (a) **BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES** identificado (a) bajo el documento de identidad No **1.110.594.280** se le realizo el siguiente procedimiento:

- TAC DE MANO DERECHA CON RECONSTRUCCIÓN 3D 03/11/2025

El anterior procedimiento fue remitido a través del convenio con **CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.** servicio que ya fue cobrado en la **FACTURA N°6313** y a la fecha ya se encuentra pagada en su totalidad.

Cordialmente:

*Maria Camila Morantes.*  
María Camila Morantes  
Gerente

**CLINICA ASOTRAUMA SAS****ADMISSION No. 1188862****PACIENTE:** 1110594280 **BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES****EDAD:** 27 **No. CAMA:** 0101010140**DIRECCION:** CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA**TELEFONO:** 3014551201**ENTIDAD:** AT1317 **MUNDIAL DE SEGUROS****HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS**

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	VIA ADMIN	TURNO	APLICO	REVISADO
<b>FECHA DEL CONTROL :</b>		domingo, 2 de noviembre de 2025				
23:56:27	TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CAJA X 52009M-0009821	1.00	SUBCUTANEA	NOCHE	LEIDYYOH-LEIDY YOHANNA BUITRAGO	

**TOTAL SUMINISTRADO:** 1.00

<b>FECHA DEL CONTROL :</b>	martes, 4 de noviembre de 2025					
03:30:25	CEFAZOLINA POLVO P/INY X 1G2020M-006186-R2	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VRN-VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ	
03:30:25	CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 MLDM-0002010	2.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VRN-VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ	
03:30:25	CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML LAVADO QUIRURGICO	1.00	TOPICA	NOCHE	VRN-VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ	
03:30:25	LIDOCAINA 2% SIN EPI. 10 ML2019M-0006568-R1	1.00	BLOQUEO	NOCHE	VRN-VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ	
03:30:25	TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CAJA X 52009M-0009821	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VRN-VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ	
03:32:17	CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 MLDM-0002010	1.00	INTRAVENOSA	NOCHE	VRN-VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ	

**TOTAL SUMINISTRADO:** 8.00

**CLINICA ASOTRAUMA SAS****ADMISSION No. 1188862**

PACIENTE: 1110594280 BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES

EDAD: 27 No. CAMA: 0101010140

DIRECCION: CALLE 34A NM 12 34 VIVEROS PARTE BAJA

TELEFONO: 3014551201

ENTIDAD: AT1317 MUNDIAL DE SEGUROS

**HOJA PARA REGISTRO DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS**

HORA	DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO	CANT.	TURNO	APLICO
<b>FECHA DEL CONTROL :</b>		lunes, 3 de noviembre de 2025		
JERINGA X1MLX27/1/2	1.00	NOCHE	VRN	LEIDYYOH - LEIDY YOHANNA BUITRAGO CASTELL
00:00:23				
				<b>TOTAL SUMINISTRADO:</b> 1.00
<b>FECHA DEL CONTROL :</b>		martes, 4 de noviembre de 2025		
YELCO # 18	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
EQUIPO DE MACROGOTEZO REF: IMSA006	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
JERINGA X10ML	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
AGUJA HIPODERMICA # 23G X 1 1/2"	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
ELECTRODOS ADULTO	3.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
HOJA BISTURI # 15	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
GUANTE ESTERIL 6.5	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
GUANTE ESTERIL 8	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
GUANTE ESTERIL 7	2.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
GUANTE ESTERIL 7.5	3.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
POLIPROPILENO 4-0 CORTANTE SP5682	1.00	NOCHE	VRN	- VAIRON ENRIQUE RODRIGUEZ NIÑO
03:32:27				
				<b>TOTAL SUMINISTRADO:</b> 16.00



Nit. 800209891

**DISPENSACIÓN FÓRMULA  
AMBULATORIA**

No. Despacho: 1 - 1149012

No. Pedido	1260958
Fecha Registro	2025-11-04
Fecha/Hora Act	04.11.25/13:25:48
Ciudad	ASOTRAUMA

**USUARIO:** BOHORQUEZ VELASQUEZ, JULIAN ANDRES

**TEL.:** 3014551201

**AREA:** QUIROFANO

**DOC.IDENT:** CC 1110594280

**ORIGEN:** BODEGA FORMULA AMB (FA)

**ENTIDAD:** AT1317 - MUNDIAL DE SEGUROS

**MEDICO:** Dr. CUTIÑO MAAS DAYAMI

DESCRIPCIÓN DEL ÍTEM	DOSIS / INDICACIONES	CANTIDAD
ACETAMINOFEN+CODEINA TAB 325+30MG	1TAB VO CADA 8 HORAS	30
CEFALEXINA CAPSULA X500 MG	1TAB VO CADA 8 HORAS	30

**OBSERVACIONES:**

PEDIDO AMB. GENERADO DESDE QUIROFANO

**UNIDADES TOTAL**

**60.00**

**Recibido Por:**

JULIAN ANDRES BOHORQUEZ VELASQUEZ

**Documento:**

1110594280

**Parentesco:**

PACIENTE

**Firma:**

Julian Boho (que)

## Consulta Automotores

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:	<b>ADQ58G</b>	ESTADO DEL VEHÍCULO:	<b>ACTIVO</b>
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	<b>10033463521</b>	CLASE DE VEHÍCULO:	<b>MOTOCICLETA</b>
TIPO DE SERVICIO:	<b>Particular</b>		

Información general del vehículo			
MARCA:	<b>YAMAHA</b>	LÍNEA:	<b>FZN250-A</b>
MODELO:	<b>2023</b>	COLOR:	<b>NEGRO MATE</b>
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	<b>G3H7E0136646</b>
NÚMERO DE CHASIS:	<b>9FKRG6021P2136646</b>	NÚMERO DE VIN:	<b>9FKRG6021P2136646</b>
CILINDRAJE:	<b>249</b>	TIPO DE CARROCERÍA:	<b>SIN CARROCERIA</b>
TIPO COMBUSTIBLE:	<b>GASOLINA</b>	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	<b>27/05/2022</b>
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	<b>STRIA MCPAL TTOyTTE IBAGUE</b>	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	<b>NO</b>
CLÁSICO O ANTIGUO:	<b>NO</b>	REPOTENCIADO:	<b>NO</b>
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	<b>NO</b>	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	<b>NO</b>	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	<b>NO</b>	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	<b>NO</b>	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	<b>NO</b>	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

**Consulte el Histórico 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
91725132	02/07/2025	03/07/2025	02/07/2026	COMPANY MUNDIAL DE SEGUROS SA	130	<span style="color: green;">✓ VIGENTE</span>
3256054900	20/06/2024	21/06/2024	20/06/2025	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	113	<span style="color: red;">✗ NO VIGENTE</span>
890103787640100	06/06/2023	07/06/2023	06/06/2024	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	130	<span style="color: red;">✗ NO VIGENTE</span>
100011257860100	26/05/2022	27/05/2022	26/05/2023	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	130	<span style="color: red;">✗ NO VIGENTE</span>

Registros por página 10 1 - 4 de 4 | < < > >|

Pólizas de Responsabilidad Civil
Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)
Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza
Solicitudes
Información Blindaie

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. **10033463521**

**ADQ58G** **YAMAHA** **FZN250-A** **2023**

**CILINDRADA CC** **COLOR** **249** **NEGRO MATE**

**CLASE DE VEHICULO** **MOTOCICLETA** **TIPO CARROCERIA** **SIN CARROCERIA** **COMBUSTIBLE** **GASOLINA** **CAPACIDAD Kg/PSJ** **2**

**NÚMERO DE MOTOR** **G3H7E0136645** **REG** **VIN** **9FKRG6C21P2136645**

**NÚMERO DE SERIE** **REG** **NÚMERO DE CHASIS** **REG** **N** **9FKRG6021P2136646**

**PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)** **BOHORQUEZ VELASQUEZ JULIAN ANDRES** **IDENTIFICACIÓN** **C.C. 1110594280**

**RESTRICCIÓN MOVILIDAD**  
\*\*\*\*\* **BLINDAJE** **POTENCIA HP**  
\*\*\*\*\* **21**

**DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN** **VE** **FECHA IMPORT.** **PUERTAS**  
**902022000061161** **I** **19/04/2022** **0**

**LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD**  
\*\*\*\*\*

**FECHA MATRÍCULA** **FECHA EXP. LIC. TTO.** **FECHA VENCIMIENTO**  
**27/05/2022** **12/12/2024** **\*\*\*\*\***

**ORGANISMO DE TRÁNSITO** **STRIA MCPAL TTOYTTE IBAGUE**




**LT11000067527**

