



CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

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

B / Cadiz - Ibague Tels. 2641920 - 2654112



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

COEX 29788

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE, 5-Nov-2025

HORA 15:19:00

ACEPTACION DIAN:

25.11.05 04:24:23 PM

ENTIDAD RESPONSABLE

(860037013)

TIPO CONTRATO

ORDEN SS

TIPO INGRESO

860037013-6

MUNDIAL SEGUROS

EVENTO

1-1179943

AMBULATORIA

CONTRATO/PLAN

REGIMEN

ANEXO2:

FECHA INGRESO FECHA EGRESO

2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT

OTRO REGIMEN

1/10/2025

1/10/2025

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

CC - 1077972955

HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

EDAD : 31 Años

OBSERVACIONES:

ESTRATO: IIVEL I

COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
OTROS								
39143-ORT	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA	39143-ORT				1	75,400	75,400

SUB TOTAL PAGINA \$ 75,400

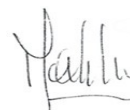
* .T VALOR BRUTO: 75,400 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 75,400

SON: SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.*****

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: NOANOL NORBEY ANDRES OLAYA FORERO

Of Principal Av 19 No. 118 - 95 Centro Ejecutivo Santa Barbara Of 616
Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

 620-23

La entidad

Aceptada, el USUARIO

HABILITACION NUMERACION DE FACTURACION No. 18764078385145 DEL 30-Ago-2024 AL 30-Ago-2026 RANGO DEL COEX-1 AL COEX-50000

Cufe: 37a14957523ed48db3e9e5f2587fa9bace48f3d04215ab40776edc46e88a77e9600ec02eb6d6fb7f9821b88a91700b14

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

GEMA Vs 2.0 Siecol SAS - THE FACTORY HKA COLOMBIA SAS

SOMOS EXCLUIDOS DEL IMPUESTO A LAS VENTAS - SOMOS REGIMEN COMUN

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, AVISOS, TABLEROS, SOBRE INGRESOS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SEGUN ART. 39 DE LA LEY 14 DE 1983.



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

I. DATOS DE LA RECLAMACION

Fecha Radicación:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	No. Radicado	<input type="text" value="RG"/>	
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}	<input type="text" value=""/>	Nro. Factura Cuenta de Cobro	COEX	29788

II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social	CLINICA ASOTRAUMA SAS
Codigo Habilitacion:	730010082602
Nit:	800209891-7

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

<input type="text" value="HERNANDEZ"/>	<input type="text" value="RODRIGUEZ"/>
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
<input type="text" value="ARNULFO"/>	<input type="text" value=""/>
1er.Nombre	2do.Nombre
Tipo de Documento:	No. 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	1077972955
De: 25875	Fecha de Nacimiento: 30/8/1994
Dirección:	Sexo:
MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Departamento:	Cod. 73
TOLIMA	Telefono: 3202029031
Municipio:	Cod. 001
IBAGUE	
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:	<input checked="" type="checkbox"/> Accidente de Transito
Naturales:	<input type="checkbox"/> Sismo <input type="checkbox"/> Maremoto <input type="checkbox"/> Erup. Volcanicas <input type="checkbox"/> Huracán <input type="checkbox"/> Rayo <input type="checkbox"/> Tornado
Inundaciones	<input type="checkbox"/> Inundaciones <input type="checkbox"/> Avalancha <input type="checkbox"/> Desliz. de Tierra <input type="checkbox"/> Incendio Natural <input type="checkbox"/> Vendaval
Terroristas:	<input type="checkbox"/> Explosión <input type="checkbox"/> Masacre <input type="checkbox"/> Mina Antipersonal <input type="checkbox"/> Combate
Incendio	<input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Ataques a Municipios <input type="checkbox"/> Desplazados
Otros	<input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cual?
Dirección de la Ocurrencia:	KILOMETRO 1 VIA IBAGUE ALVARDO
Fecha Evento/Accidente:	25/6/2025
Departamento:	Hora: 06:49
TOLIMA	Cod. 73
Municipio:	Cod. 001
IBAGUE	Zona: <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> EX
Informe del accidente (Relato breve de los hechos): PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO DE PLACAS OTA38G QUIEN POR ACEITE SOBRE LA VIA PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO Y CAE	

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text" value="HERNANDEZ"/>	<input type="text" value="RODRIGUEZ"/>
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
<input type="text" value="ARNULFO"/>	<input type="text" value=""/>
1er.Nombre	2do.Nombre
Documento de identidad:	No. Documento
<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	1077972955
Dirección:	Cod. 73
MANZANA U CASA 9 BARRIO PACANDE	Cod. 001
Departamento:	Telefono: 3202029031
TOLIMA	
Municipio:	
IBAGUE	
Total Folios: 21	

VI. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Est. Aseguramiento:	Aseg. <input type="checkbox"/> No Aseg. <input type="checkbox"/> Vehi. Fantasma. <input type="checkbox"/> Poliza falsa <input type="checkbox"/> Vehi. en Fuga <input type="checkbox"/> Aseg F.2497 <input checked="" type="checkbox"/> P. Indeter <input type="checkbox"/>
Marca:	BAJAJ
Placa:	OTA38G
No. Siras:	44e7fc19574bdcc2
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
intervención de la Auto.	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Poliza SOAT No	90601442
Cobro excedente Póliza	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Vigencia de la Poliza:	Desde: 26/2/2025 Hasta: 25/2/2026

VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA

Codigo CUPS Hospitalización:	Complejidad de Procedimiento Quirurgico:
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	793101
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	
Días de UCI reclamados:	0
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

HERNANDEZ

1er.Apellido

RODRIGUEZ

2do.Apellido

ARNULFO

1er.Nombre

2do.Nombre

Tipo de Documento:

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

No. Documento 1077972955

Dirección: MANZANA U CASA 9 BARRIO PACANDE

Departamento: TOLIMA

Cod. 73

Teléfono: 3202029031

Municipio: IBAGUE

Cod. 001

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:

Remisión

☐

Orden servicio

☐

Fecha de Remisión:

/ /

a las

Prestador que remite:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptación:

/ /

a las

Prestador que recibe:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

Profesional que recibe:

Cargo:

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

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

Datos del Vehículo:

Placa No. DCM581

Transporto la víctima desde :

KILOMETRO 1 VIA IBAG

Hasta ASOTRAUMA

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: 1/10/2025

a las 11:30

Fecha de Egreso: 1/10/2025

a las 11:59

Diagnostico presuntivo de Ingreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico definitivo de Ingreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico relacionado de Ingreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico presuntivo de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico definitivo de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

Diagnostico relacionado de Egreso

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

BONILLA

1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

MANUEL

1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

☒ CC ☐ CE ☐ PA

No. Documento

14217113

Número de Registro de Médico

32

VARON

2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

ANTONIO

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	75400	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.

XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑON

NOMBRE CC. 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



COMPROBANTE DE SERVICIO RECIBIDO

Fecha: 2025-10-01

Yo, **HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO** identificado con documento NRO **1077972955** 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 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 checked="" 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: **2025-10-01** y egreso: **2025-10-01**. 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:

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE
**HERNANDEZ RODRIGUEZ
ARNULFO
1077972955**

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



FECHA: 27/08/2025 F.NACIM.: 30-Ago-1994 EDAD: 31 DOCUMENTO: 1077972955

NOMBRES: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO

DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE

TELEFONO: 3202029031

Asotrauma

S420

EXAMENES
FRACTURA DE LA CLAVICULA

25-06-25
1179943

R/:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVORT TGMAR EN 30 DIAS Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEDIA

DR. BONILLA VARON MANUEL

REG MED 32B

CC - 14217113

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



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS

1077972955

ADMISION N_: 1179943

SINIESTRO: 136410

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO **Num. Id-:** CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 **EDAD:** 31 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE **CIUDAD:** IBAGUE **DPTO:** 73 **TELEFONO:** 3202029031
RESPONSABLE: **OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN
OBSERVACION: **FECHA Y HORA DE IMPRESION:** 2025.11.04/14:48:15

MOTIVO CONSULTA

FRACTURA DE LA CLAVICULA

ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL 3 MWESES DE LESION TRAUMATICA
TRAE RX CON FRACTURA EN PROCESO D E CON SOIDACIKON

ANTECEDENTES

---><<25.10.01-14:07:14>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.
MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1179943
NIEGA

REVISION X SISTEMA

SIN ALTERACIONES

EXAMEN FISICO

SIN RETSRTICCIONES

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA:110/70 **FC:** **FR:** **T:** 36.0 **PESO:** 76 **TALLA:** 163

EXAMEN

SIN RETSRTICCIONES

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS//PLAN

SE CONTINUA EN OBSEVACION Y SE CONTROLARA EN 3 MESES CON RX
SE PROROGA LA INCAPACIDAD LABORAL TOTAL A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DEL 2025 POR 30 DIAS
CONSECUTTGVOS
AL TERMINAR ESTA INCAPACIDAD, PUEDE INICIAR SUS LABORES DIARIAS CON RESTRICCION PARA
LEVANTAR OBJETOS PESADOS E MAS DE 5 KILOS CON EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
ESTAS RESTRICCIONES POR 60 DIAS CONSECUTIVOS

FORMULACION

---><<25.10.01-14:07:14>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.
MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1179943

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVOR TOMAR EN 3 MESES Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEDIA

SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.10.01

HORA DE EGRESO: 14:07

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. BONILLA VARON MANUEL ANTONIO

Registro Médico: 32

CC - 14217113

Especialidad: ORTOPEDIA

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

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Además se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS

1077972955

ADMISION N_: 1169500

SINIESTRO: 136410

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO **Num. Id-:** CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 **EDAD:** 31 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE **CIUDAD:** IBAGUE **DPTO:** 73 **TELEFONO:** 3202029031
RESPONSABLE: **OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN
OBSERVACION: **FECHA Y HORA DE IMPRESION:** 2025.09.23/09:19:05

MOTIVO CONSULTA

FRACTURA CLAVICULA DERECHA

ENFERMEDAD ACTUAL

HACE 7 SEMANS FRACTURA D E LA VLAVICULA DERECHA

ACUSA LIMITACION FUNCIONAL

SE ENCUENTRA EN REHABILITACION CON TERAPIA

ANTECEDENTES

---><<2025.08.27-08:51:31>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEdia) H.ME: 1169500

PAT: NEG

ALERGICOS: NEG

QX: NEG

FARM. NEG

REVISION X SISTEMA

SIN ALTERACIONES

EXAMEN FISICO

MOV ILIDAD ADECUADA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA:112/73 **FC:** **FR:** **T:** 36.4 **PESO:** 75 **TALLA:** 163

EXAMEN

MOV ILIDAD ADECUADA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS//PLAN

SE INDICA OBSERVACION Y CONTROL EN 30 DIAS CON RX

SE PROROGA LA INCAPACIDAD LAB ORAL TOTAL A PARTIR DEL 31 DE AGOSTYO DEL 2025 POR 30 DIAS CONSECUTIVOS

FORMULACION

---><<2025.08.27-08:51:31>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.

MEDICO: 32 - ORTOPEdia) H.ME: 1169500

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVORT TGOMAR EN 30 DIAS Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEdia

SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.08.27

HORA DE EGRESO: 08:51

ESTADO A LA SALIDA: VIVO



Dr. BONILLA VARON MANUEL ANTONIO

Registro Médico: 32

CC - 14217113

Especialidad: ORTOPEDIA

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

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Además se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS

1077972955

ADMISION N_: 1161049

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO **Num. Id-:** CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 **EDAD:** 30 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE **CIUDAD:** IBAGUE **DPTO:** 73 **TELEFONO:** 3202029031
RESPONSABLE: **OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN
OBSERVACION: **FECHA Y HORA DE IMPRESION:** 2025.09.23/09:19:37

MOTIVO CONSULTA

FRACTURA CLAVICULA DERECHA

ENFERMEDAD ACTUAL

HACE 1 MES OSTEOSINTESIS D E LA CLAVICULA DERECHA
MNIFIESTA MODERADA LIMITACION FUNCIONAL

ANTECEDENTES

---><<25.07.25-14:33:01>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.
MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1161049
PAT: NEG
ALERGICOS: NEG
QX: NEG
FARM. NEG

REVISION X SISTEMA

SIN ALTERACIONES

EXAMEN FISICO

LEVE RESTRICCION D E LA MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 110/70 **FC:** **FR:** **T:** 36.1 **PESO:** 75 **TALLA:** 170

EXAMEN

LEVE RESTRICCION D E LA MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S420 FRACTURA DE LA CLAVICULA

ANALISIS//PLAN

SE INDICA TRATAMIENTO CON TERAPIA FISICA Y SE CONTROLARA EN 40 DIAS CON RX
SE PROROGA LA INCAPACIDAD LABORAL TOTAL APARTIR DEL 1 DE AGOSTO DEL 2025 POR 30 DIAS
CONSECUTIVOS

FORMULACION

---><<25.07.25-14:33:01>>, (DR(A). MAB - BONILLA VARON MANUEL ANTONIO - C.C. 14217113 - REG.
MEDICO: 32 - ORTOPEDIA) H.ME: 1161049

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SE SOLICITA

RX DE LA CLAVICULA DERECHA

FAVOR TOMAR EN 40 DIAS Y DAR CITA EN ESA FECHA, CON ORTOPEDIA

** TERAPIAS:

** JUSTIFICACION **

FISIOTERAPIA

10 SESIONES PARA MEJORAR MOVILIDAD DEL HOMBRO DERECHO

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO **Num. Id-:** CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 **EDAD:** 30 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE **CIUDAD:** IBAGUE **DPTO:** 73 **TELEFONO:** 3202029031
RESPONSABLE: **OCUPACION:** 999 PERSONAS QUE NO HAN
OBSERVACION: **FECHA Y HORA DE IMPRESION:** 2025.09.23/09:19:37

SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Control posterior **SERVICIO:**
FECHA DE EGRESO: 2025.07.25 **HORA DE EGRESO:** 14:32 **ESTADO A LA SALIDA:** VIVO



Dr. Manuel Antonio Bonilla V.
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGO
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
R. M. 328

Dr. BONILLA VARON MANUEL ANTONIO**Registro Médico:** 32**CC - 14217113****Especialidad:** ORTOPEDIA

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

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración, Además se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____



NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO Num. Id.: CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 EDAD: 31 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3202029031
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.06.25 07:41
Fecha/Hora de registro: 2025.06.25 08:54

OBSERVACION

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.06.25

<< REGISTRO: 08:54:50 >>

(DR(A). CXS - SANCHEZ PARRA CLAUDIA XIMENA - C.C. 28555249 - REG. MEDICO: 5013544 - MEDICINA

MOTIVO CONSULTA

GENERAL)

"ME DUELE MUCHO"

REINGRESO NOESTADO AL INGRESO

BUEN ESTADO GENERAL, INGRESA CAMINANDO AL CONSULTORIO.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE MANIFIESTA ACCIDENTE DE TRANSITO COMO DONDUCTOR DE MOTO QUE CAE CON TRAUMA EN HOMBRO, REJA COSTAL DERECHA Y MANO IZQUIERDA MARCADA LIMITACION EN HOMBRO Y DOLOR INTENSO POR LO CUAL CONSULTA.

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

SIGNOS VITALES TA: 110/74 FC: 74 FR: 16 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

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

MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS

CUELLO

CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS, NO DOLOR A LA PALPACION DE APOFISIS ESPINOSAS.

TORAX

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, TORAX SIMETRICO CON MURMULLO VESICULAR SIMETRICO, DOLOR INTENSO A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHA, DOLOR INTENSO A LA INSPIRACION, NO DEPRESIONES EN REGION COSTAL NO SE PALPAN CREPITOS NI SE HALLA ENFISEMA SUBCUTANEO.

ABDOMEN

ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

GENITOURINARIO

NO SE EXPLORA

PELVIS

PELVIS SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD AL EXAMEN CLINICO

DORSOEXT

DORSO NO DOLOR A LA PALPACION DE COLUMNA DORSAL NI LUMBAR, CON EXTREMIDADES CON MARCADO EDEMA Y DOLOR EN HOMBRO DERECHO CON LIMITACION NO TOLERA EXAMEN FISICO NO PERMITE MOVILIDAD DEL BRAZO NO DEFORMIDADES EVIDENTES, LEVE EDEMA Y LIMITACION EN PULGAR IZQUIERDO, EN HOMBRO DERECHO NO LUXACION, PULSOS DISTALES PRESENTES CON ADECUADO LLENADO CAPILAR.

NEUROLOGICO

GLASGOW 15/15, PINRAL, SIN DEFICIT NEUROLOGICO

PIEL

SIN LESIONES

FANERAS

SIN LESIONES

DIAGNOSTICOS INGRESODIAGNOSTICO DE INGRESO

S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO



NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO Num. Id: CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 EDAD: 31 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3202029031
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.06.25 07:41
Fecha/Hora de registro: 2025.06.25 08:54

OBSERVACION

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

PACIENTE CON TRAUMA EN HOMBRO Y REJA COSTAL DERECHA, PULGAR IZQUIERDO CON INDICACION DE ANALGESIA Y TOMA DE RX AHORA PARA DEFINIR MANEJO, SE EXPLICA A PACIENTE.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX REJA COSTAL, AP

JUSTIFICACION
DERECHA

RX HOMBRO AP-LATERAL

JUSTIFICACION
DERECHO

RX MANO, AP-LATERAL

JUSTIFICACION
PULGAR IZQUIERDO

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 SC AHORA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOSDIAGNOSTICO PRINCIPAL

S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

<< REGISTRO: 09:33:39 >>

(DR(A). CXS - SANCHEZ PARRA CLAUDIA XIMENA - C.C. 28555249 - REG. MEDICO: 5013544 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ****EVOLUCION

PACIENTE CON RX DE REJA COSTAL DERECHA SIN FRACTURAS COSTALES, NO CAMBIOS EN ALTURA CUERPOS VERTEBRALES TORACICOS EVIDENTES EN RX TORAX, MANO IZQUIERDA SIN FRACTURA EN PULGAR, EN HOMBRO DERECHO SIN LESIONES, NO TRAZOS DE FRACTURAS, NO DEFORMIDADES NI PERDIDA DE LA RELACION ARTICULAR, SE CONSIDERA SOLO ESGUINCE DE HOMBRO DERECHO, SE INDICA USO DE CABESTRILLO PARA RESTRINGIR MOVILIDAD ARTICULAR PARA MEJORAR EL EDEMA, CON INDICACION DE MANEJO CON AINES Y VALORACION AMBULATORIA POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA, INCAPACIDAD MEDICA POR 7 DIAS, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

1. DICLOFENACO+TRAMADOL 25MG/25MG COD: 1203 CANT:20 VIA ADM:ORAL
TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS

2. KETOPROFENO GEL X 60 G CANT:1 VIA ADM:TOPICA
APLICAR 3 VECES AL DIA EN ZONA DE DOLOR

** ORDENES MEDICAS:



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1077972955

ADMISION N°: 1152904

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO Num. Id: CC 1077972955
FECHA NACIMIENTO: 94.08.30 EDAD: 31 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: MZA U CASA 9 BARRIO PACANDE CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3202029031
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.06.25 07:41
Fecha/Hora de registro: 2025.06.25 08:54

OBSERVACION

SS// CABESTRILLO ADULTO #1 (UNO)

** ORDENES MEDICAS:

SS// VALORACION POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: . . HORA DE EGRESO:

ESTADO A LA SALIDA:

Ximena Sánchez
Médica
R.M. 50-13544

Dr. SANCHEZ PARRA CLAUDIA XIMENA

Registro Medico: 5013544

CC - 28555249

**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:



LIBERTAD Y ORDEN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1077972955

NOMBRE

ARNULFO HERNANDEZ RODRIGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO

30-08-1994

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

12-02-2016

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

STRIA TTEyMOV CUND/VILLETA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	12-02-2026	PARTICULAR
B1	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	15-11-2023	PARTICULAR
C1	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	15-11-2016	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA PARA LA CATEGORIA NACIONAL

LC01007204608

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

1.077.972.955

HERNANDEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

ARNULFO

NOMBRES



FIRMA

Arnulfo Hernandez Rodriguez



FECHA DE NACIMIENTO

30-AGO-1994

VILLETA

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S: RH

M

SEXO

10-SEP-2012 VILLETA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1532800-00500013-M-1077972955-20131022

0035536219H1

39034731

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029472174

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OTA38G	BAJAJ	PULSAR NS 200 FI	2023
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
200	AZUL MATE	PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
JLXCNE01004	N	9GJA36JL9PT046470	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GJA36JL9PT046470	N	9GJA36JL9PT046470	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S):		IDENTIFICACIÓN	
HERNANDEZ RODRIGUEZ ARNULFO		C.C. 1077972955	

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP	
	*****	24	
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
012022000025247	I	13/12/2022	0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD			

FECHA MATRICULA	FECHA EXP. LIC. TTD.	FECHA VENCIMIENTO	
24/02/2023	05/07/2023	*****	
ORGANISMO DE TRÁNSITO			
SECRETARIA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD DE			
ZIQUAIRA			





LT07002535650



[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:

OTA38G

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10029472174

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:

BAJAJ

LÍNEA:

PULSAR NS 200 FI

MODELO:

2023

COLOR:

AZUL MATE

NÚMERO DE SERIE:

9GJA36JL9PT046470

NÚMERO DE MOTOR:

JLXCNE01004

NÚMERO DE CHASIS:

9GJA36JL9PT046470

NÚMERO DE VIN:

9GJA36JL9PT046470

CILINDRAJE:

200


TIPO DE CARROCERÍA:

SIN CARROCERIA

TIPO COMBUSTIBLE:

GASOLINA

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

 **24/02/2023**

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

SECRETARIA DE TRANSPORTE Y MOVILIDAD DE ZIPAQUIRA

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

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:













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
90601442	 25/02/2025	 26/02/2025	 25/02/2026	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	 VIGENTE
87682177	 24/02/2024	 25/02/2024	 24/02/2025	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	 NO VIGENTE
10585600032610	 23/02/2023	 24/02/2023	 23/02/2024	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	 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)



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Prosperidad
para todos

CIRCULAR EXTERNA No. 0000040

PARA: INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, RECLAMANTES POR DAÑOS MATERIALES CAUSADOS A LAS PERSONAS POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y ENTIDADES ASEGURADORAS AUTORIZADAS

DE: MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: Reiteración Circular Externa No. 33 del 2 junio de 2011
Aplicación artículo 143 de la Ley 1438 de 2011

FECHA: 10 AGO 2012

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de las competencias atribuidas en el Decreto - Ley 4107 de 2011, como ente rector del Sector Administrativo de Salud y Protección Social, reitera las instrucciones impartidas en la Circular Externa No. 33 del 2 junio de 2011, en el sentido de aclarar que el formato a que alude el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011 para la presentación de la declaración del médico como prueba del accidente de tránsito, es el adoptado en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3374 de 2000.

En consecuencia, la ausencia de documentos tales como certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente, fotocopia del croquis del accidente y denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes, no constituyen causales para la improbación del reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito – SOAT.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE


BEATRIZ LONDONO SOTO
Ministra de Salud y Protección Social

Recy