



CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

Establecimiento Comercio: Sede 2 Cra 4D No. 32-17
B / Cadiz - Ibagué Tels. 2641920 - 2654112

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

COEX 29972

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE,10-Nov-2025

HORA 16:21:07

ACEPTACION DIAN: 2025.11.10 04:21:17 PM

ENTIDAD RESPONSABLE	(860037013)	TIPO CONTRATO	ORDEN SS	TIPO INGRESO
860037013-6 MUNDIAL SEGUROS		EVENTO	1-1180290	AMBULATORIA
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	ANEXO2:	FECHA INGRESO FECHA EGRESO
2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT		OTRO REGIMEN	2/10/2025	2/10/2025
PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE				:
CC - 65748727 DIAZ RINCON DIANA		EDAD : 57 Años		
OBSERVACIONES:			ESTRATO:IIVEL I	
COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO %	MED CANT VR.UNITARIO VR.TOTAL
<u>MEDICAMENTOS AMBULATORIOS</u>				
19925329-04 ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325/37.5MG ZALDIAR			30	2,500 75,000

SUB TOTAL PAGINA \$ 75,000

* .T VALOR BRUTO: 75,000 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 75,000

SON: SETENTA Y CINCO MIL 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

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

Cufe: 0c350aaaf47b48f42bbfc0679a90759f5464775dcba724acccbf210e6097c3fac93b310484c866465211da22b597c82a

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

625-23



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

I. DATOS DE LA RECLAMACION												
Fecha Radicacińn:	No.Radicado											
RG												
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}							Nro. Factura Cuenta de Cobro	COEX 29972				
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												
DIAZ	RINCON											
1er.Apellido o Razon Social							2do.Apellido					
DIANA												
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: 65748727				
De: 73001	Fecha de Nacimiento: 26/9/1968						Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
Direccińn:	CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE											
Departamento:	TOLIMA			Cod. 73			Telefono: 3045246973					
Municipio:	IBAGUE			Cod. 001								
Condicion del accidentado:	<input type="checkbox"/> Conductor			<input checked="" 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"/>	Huracñn <input type="checkbox"/>	Rayo <input type="checkbox"/>	Tornado <input type="checkbox"/>						
Inundaciones <input type="checkbox"/>	Avalancha <input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra <input type="checkbox"/>	Incendio Natural <input type="checkbox"/>	Vendaval <input type="checkbox"/>								
Terroristas:	Explosińn <input type="checkbox"/>	Masacre <input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal <input type="checkbox"/>	Combate <input type="checkbox"/>								
Incendio <input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios <input type="checkbox"/>	Desplazados <input type="checkbox"/>										
Otros <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>											
Direccińn de la Ocurrencia:	CRA 21 SUR CON CALLE 75											
Fecha Evento/Accidente:	2/9/2025						Hora: 15:04					
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 PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLETA RESULTANDO LESIONADO												
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO												
TEJADA	ARISMENDY											
1er.Apellido o Razon Social							2do.Apellido					
CRISTIAN												
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: 1110587383										
Direccion:	ARB T 8 APTO 701 YARUMO											
Departamento:	TOLIMA			Cod. 73								
Municipio:	IBAGUE			Cod. 001			Telefono: 3150618421					
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:	KTM			Placa: ODR84E	No. Siras: ca26e8ea289ab501							
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			intervencińn de la Auto.			Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Poliza SOAT No	89638707						Cobro excedente P>liza			Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Vigencia de la Poliza:	Desde: 9/11/2024				Hasta: 8/11/2025							
VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA VICTIMA												
Codigo CUPS Hospitalizacińn:	129A02			Complejidad de Procedimiento Quirurgico:			ALTA					
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	808701			Días de UCI reclamados:			0					
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	793210			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

ENCISO	BONILLA		
1er.Apellido	2do.Apellido		
ROMAIN	EDER		
Ter.Nombre	2do.Nombre		
Tipo de Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE	No. Documento	1110587287
Direcci'on:	ARB T 8 APTO 701 YARUMO	Cod.	73
Departamento:	TOLIMA	Tel'fono:	3150618421
Municipio:	IBAGUE	Cod.	001

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:	Remisi'on	<input type="checkbox"/>	Orden servicio	<input type="checkbox"/>
Fecha de Remisi'on:	/ /	a las		
Prestador que remite:	Código de inscripción:			
Direccion:	Telefono:			
Profesional que Remite:	Cargo:			
Fecha de Aceptaci'on:	/ /	a las		
Prestador que recibe:	Código de inscripción:			
Direccion:	Telefono:			
Profesional que recibe:	Cargo:			

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)				
Datos del Vehiculo:	Placa No.	MRZ922		
Transporto la victimas desde :	CRA 21 SUR CON CALLE	Hasta ASOTRAUMA		
Tipo de Transporte:	Ambulancia Básica	<input checked="" 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:	2/10/2025	a las	11:02	Fecha de Egreso:	2/10/2025	a las 11:22
Diagnóstico presuntivo de Ingreso				Diagnóstico presuntivo de Egreso		
S223 FRACTURA DE COSTILLA				S223 FRACTURA DE COSTILLA		
Diagnóstico definitivo de Ingreso				Diagnóstico definitivo de Egreso		
S424 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO				S424 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO		
Diagnóstico relacionado de Ingreso				Diagnóstico relacionado de Egreso		
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO				S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO		
CURE				GUZMAN		
1er.Apellido del MÚdico o Profesional tratante				2do.Apellido del MÚdico o Profesional tratante		
SAMIR				ALBERTO		
1er.Nombre del MÚdico o Profesional tratante				2do.Nombre del MÚdico o Profesional tratante		
Tipo Documento		<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No. Documento	93410003		
			Número de Registro de MÚdico	124567		

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	75000	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

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

XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑON

NOMBRE CC . 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

625-23

Fecha: 2025-10-02

Yo, **DIAZ RINCON DIANA** identificado con documento NRO **65748727** como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de paciente, manifiesto de manera libre y espontánea que recibí real, materialmente y a entera satisfacción los servicios de:

Atención de Urgencias
Atención en UCI
Consulta Externa
Servicio de Cirugía

Imágenes Diagnósticas
 Material de Ortesis
 Material de Ortopedia
 Medicamentos

Laboratorios
 Servicio de Curaciones
 Servicio de hospitalización
 Ecografías

Otros:

Durante la atención correspondiente a la fecha de ingreso: **2025-10-02** y egreso: **2025-10-02**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General
Accidente Estudiantil

Accidente Laboral

Accidente de Tránsito

Otros:

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

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



NOMBRE Y FIRMA DEL

PACIENTE

DIAZ RINCON DIANA

65748727

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



FECHA: 5/9/2025 F.NACIM.: 26-Sep-1968 EDAD: 56 DOCUMENTO: 65748727

NOMBRES: DIAZ RINCON DIANA

DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE

TELEFONO: 3045246973

Clinica
Asotrauma

S424 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO

R/:

SS CONTROL AMBULATORIO CON ORTOPEDIA DR CURE EN 3 SEMANAS.

SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR: VENIR DE INMEDIATO SI PRESENTA DOLOR DE GRAN INTENSIDAD EN SITIO DE LESION, ENROJECIMIENTO DEL MISMO CON CALOR ASOCIADO, SALIDA DE PUS, PIEL LISA BRILLANTE Y DEBIL, SALIDA DE SANGRE, LIMITACION TOTAL O PARCIAL PARA LA MOVILIDAD, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, FIEBRE QUE NO CEDE CON ACETAMINOFEN

NO MOJAR NI RETIRAR VENDAJES HASTA CITA DE CONTROL

REALIZAR EJERCICIOS DE MOVILIDAD DE DEDOS DE MANO, ASI COMO EJERCICIOS DE CODA SEGUN TOLERANCIA DE DOLOR.

DR. DIEGO FERNANDO LASSO REG MED

CC - 1053831108

LA ORDEN MEDICA PARA LA ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS TIENE UNA VIGENCIA DE 72 HORAS
RECUERDE EN LA PROXIMA CONSULTA TRAER COPIA DE LOS DOCUMENTOS

CARRERA 4D No. 32 - 34 BARRIO CADIZ. TEL 515 3000 EXT 127 - 128 CEL: 316 876 71 63 - 312 402 89 32
ESTE FORMATO ESTA ORIGINALMENTE FIRMADO



FECHA: 2/10/2025 F.NACIM.: 26-Sep-1968 EDAD: 57 DOCUMENTO: 65748727

NOMBRES: DIAZ RINCON DIANA

DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE

TELEFONO: 3045246973

Clinica
Asotrauma

S424

FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

R/:

1. ACETAMINOFEN + TRAMADOL 325/37.5MG
UNA TAB CADA 8 HRS

CANT:30

VIA ADM:ORAL

DR. CURE GUZMAN SAMIR

REG MED

CC - 93410003

LA ORDEN MEDICA PARA LA ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS TIENE UNA VIGENCIA DE 72 HORAS
RECUERDE EN LA PROXIMA CONSULTA TRAER COPIA DE LOS DOCUMENTOS

CARRERA 4D No. 32 - 34 BARRIO CADIZ. TEL 515 3000 EXT 127 - 128 CEL: 316 876 71 63 - 312 402 89 32
ESTE FORMATO ESTA ORIGINALMENTE FIRMADO

65748727

ADMISSION N_:

1180290

SINIESTRO:

141908

NOMBRE: DIAZ RINCON DIANA

Num. Id-:

CC

65748727

FECHA NACIMIENTO: 68.09.26

EDAD: 57 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO: 3045246973

RESPONSABLE:

OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.11.10/16:16:57

MOTIVO CONSULTA

Actualmente es la primera cita postoperatoria de una fractura de número compleja que requirió manejo quirúrgico con fijación a precio del examen físico le daría en buen estado cicatrización adecuada no hay signos de infección y encuentro disminución del Rango de movilidad esperado del trauma y el tipo de fractura por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física aumento una incapacidad 30 días control en un mes con una radiografía

ENFERMEDAD ACTUAL

Actualmente es la primera cita postoperatoria de una fractura de número compleja que requirió manejo quirúrgico con fijación a precio del examen físico le daría en buen estado cicatrización adecuada no hay signos de infección y encuentro disminución del Rango de movilidad esperado del trauma y el tipo de fractura por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física aumento una incapacidad 30 días control en un mes con una radiografía

ANTECEDENTES

---><<25.10.02-11:36:20>>, (DR(A). SAC - CURE GUZMAN SAMIR ALBERTO - C.C. 93410003 - REG. MEDICO: 124567 - ORTOPEDIA) H.ME: 1180290

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HIPOTIROIDISMO. QUIRÚRGICOS: COLECISTECTOMÍA, POMEROY. ALÉRGICOS: NEGADOS. VACUNACIÓN: REFIERE APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA.

REVISION X SISTEMA

w

EXAMEN FISICO

Actualmente es la primera cita postoperatoria de una fractura de número compleja que requirió manejo quirúrgico con fijación a precio del examen físico le daría en buen estado cicatrización adecuada no hay signos de infección y encuentro disminución del Rango de movilidad esperado del trauma y el tipo de fractura por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física aumento una incapacidad 30 días control en un mes con una radiografía

EXAMEN FISICO

SIGNS VITALES TA: 100/70 FC: FR: T: 36.0 PESO: 65 TALLA: 157

EXAMEN

Actualmente es la primera cita postoperatoria de una fractura de número compleja que requirió manejo quirúrgico con fijación a precio del examen físico le daría en buen estado cicatrización adecuada no hay signos de infección y encuentro disminución del Rango de movilidad esperado del trauma y el tipo de fractura por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física aumento una incapacidad 30 días control en un mes con una radiografía

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S424 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL

ANALISIS//PLAN

Actualmente es la primera cita postoperatoria de una fractura de número compleja que requirió manejo quirúrgico con fijación a precio del examen físico le daría en buen estado cicatrización adecuada no hay signos de infección y encuentro disminución del Rango de movilidad esperado del trauma y el tipo de fractura por parte de ortopedia hay que iniciar terapia física aumento una incapacidad 30 días control en un mes con una radiografía

FORMULACION

---><<25.10.02-11:36:20>>, (DR(A). SAC - CURE GUZMAN SAMIR ALBERTO - C.C. 93410003 - REG. MEDICO: 124567 - ORTOPEDIA) H.ME: 1180290

** OTROS:



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE ESPECIALISTAS

65748727

ADMISSION N_:

1180290

SINIESTRO:

141908

NOMBRE: DIAZ RINCON DIANA

Num. Id-:

CC

65748727

FECHA NACIMIENTO: 68.09.26

EDAD: 57 A

SEXO:F

ESTADO CIVIL: U

DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO

CIUDAD: IBAGUE

DPTO: 73

TELEFONO: 3045246973

RESPONSABLE:

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN

OBSERVACION:

FECHA Y HORA DE IMPRESION: 2025.11.10/16:16:57

rx codo izq

** ORDENES MEDICAS:

control en un mes

** TERAPIAS:

terapia fisica 10

** JUSTIFICACION **

rehabilitacion codo izq

SALIDA DEL PACIENTE

DESTINO SALIDA: Remitido a Especialista

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 2025.10.02

HORA DE EGRESO: 11:36

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Dr. CURE GUZMAN SAMIR ALBERTO

Registro Médico: 124567

CC - 93410003

Especialidad: ORTOPEDIA

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____



DISPENSACION FORMULA AMBULATORIA

No. Despacho: 1-1133592

No. Pedido: 1244945

Fecha Registro: Fecha/Hora Act:

2025.10.02 2025.10.02/11:49:06

Ciudad ASOTRAUMA

USUARIO: DIAZ RINCON DIANA

TEL.: 3045246973

AREA: CONSULTA INT/EXT

DOC.IDENT: CC 65748727

CAMA:

ORIGEN: BODEGA FORMULA AMB (FA)

ENTIDAD: AT1317 - MUNDIAL DE SEGUROS

MEDICO: Dr. CURE GUZMAN SAMIR ALBERTO

BOD MAR REFERENCIA	PRES	DESCRIPCION DEL ITEM	REFE/DIMEN	CANTIDAD	OBSERVACIONES
099 GRU 9581	TABL	ACETAMINOFEN + TRAMADOL	ZALDIAR	30.00	

OBSERVACIONES: PEDIDO AMB. GENERADO DESDE CONSULTA INT/	UNIDADES TOTAL 30.00	Entregado Por: <i>Diana Diaz Rincon</i> <i>Mundial</i>	Recibido Por: Firma: Nombre y Apellido: Cedula: Celular: Parentesco: Acudiente: <input type="checkbox"/> Paciente: <input checked="" type="checkbox"/>
---	----------------------------	--	--

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

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

65748727

ADMISSION N_: 1171565
SINIESTRO: 141908

NOMBRE: DIAZ RINCON DIANA Num. Id-: CC 65748727
FECHA NACIMIENTO: 68.09.26 EDAD: 57 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3045246973
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.02 16:12
Fecha/Hora de registro: 2025.09.02 18:48
OBSERVACION

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.09.02

<<REGISTRO: 18:48:12 >> (DR(A). OEV - AVILA TAPIA OSCAR EDUARDO - C.C. 1129485683 - REG. MEDICO: 2537-13 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLETA QUE RESULTA LESIONADO

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ESTADO GENERAL: PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS, QUIEN EN LA TARDE DE HOY SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN CONDICIÓN DE PEATÓN AL SER ARROLLADA POR MOTOCICLETA. PRESENTA TRAUMA CRANEOFACIAL CON APARENTE PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO DE TIEMPO NO DETERMINADO, CEFALEA Y MAREO, SIN AMNESIA DEL EVENTO. PRESENTA CONTUSIÓN EN REJA COSTAL IZQUIERDA CON LEVE RESTRICCIÓN PARA LA INSPIRACIÓN PROFUNDA, Y CONTUSIÓN EN TERCIO DISTAL DEL HÚMERO IZQUIERDO Y CODO IZQUIERDO, CON DOLOR Y RESTRICCIÓN PARA FLEXO-EXTENSIÓN Y ROTACIÓN.

REVISION POR SISTEMA

LO COMENTADO

ANTECEDENTES

--><<2025.09.02-18:48:16>>, (DR(A). OEV - AVILA TAPIA OSCAR EDUARDO - C.C. 1129485683 - REG. MEDICO: 2537-13 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1171565

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HIPOTIROIDISMO. QUIRÚRGICOS: COLECISTECTOMÍA, POMEROY. ALÉRGICOS: NEGADOS. VACUNACIÓN: REFIERE APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA.

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 126/78 FC: 72 FR: 16 Tmp: 36 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

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

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

CRÁNEO: CONTUSIÓN FRONTAL SIN DEPRESIÓN NI ESCALÓN ÓSEO.

CUELLO

MOVIL

TORAX

REJA COSTAL IZQUIERDA: DOLOR A LA PALPACIÓN EN HEMITORAX IZQUIERDO, LEVE RESTRICCIÓN PARA INSPIRACIÓN PROFUNDA. CAMPOS PULMONARES ADECUADOS.

ABDOMEN

NORMAL, SIN DOLOR

GENITOURINARIO

NO EXPLORADO

PELVIS

ESTABLE.

DORSOEXT

EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA: DOLOR Y RESTRICCIÓN EN TERCIO DISTAL DE HÚMERO Y CODO IZQUIERDO, LIMITACIÓN PARA FLEXO-EXTENSIÓN Y ROTACIÓN.

NEUROLOGICO

NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PUPILLAS ISOCÓRICAS Y REACTIVAS.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S424 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

65748727

ADMISSION N_: 1171565
SINIESTRO: 141908

NOMBRE: DIAZ RINCON DIANA Num. Id-: CC 65748727
FECHA NACIMIENTO: 68.09.26 EDAD: 57 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE CIUDAD: IBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3045246973
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.02 16:12
OBSERVACION Fecha/Hora de registro: 2025.09.02 18:48

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S202 - CONTUSION DEL TORAX

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S223 - FRACTURA DE COSTILLA

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

PACIENTE ADULTA QUE SUFRE ACCIDENTE DE ALTA ENERGÍA COMO PEATÓN ARROLLADO. PRESENTA TRAUMA CRANEOFACIAL CON PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, POR LO QUE EXISTE RIESGO DE LESIÓN INTRACRANEAL Y SE INDICA TAC DE CRÁNEO SIMPLE Y OBSERVACIÓN NEUROLÓGICA. EL DOLOR TORÁCICO IZQUIERDO SE EXPLICA POR CONTUSIÓN DE REJA COSTAL, QUE PUEDE REQUERIR RADIOGRAFÍA DE TÓRAX PARA DESCARTAR FRACTURA COSTAL Y COMPLICACIONES PULMONARES. EL TRAUMA EN CODA E HÚMERO IZQUIERDO NECESA DESCARTAR FRACTURA MEDIANTE IMÁGENES. LA PACIENTE ESTÁ CLÍNICAMENTE ESTABLE, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO NI RESPIRATORIO, PERO SE REQUIERE VIGILANCIA POR EL MECANISMO DE ALTA ENERGÍA.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX CODO, AP- LATERAL

JUSTIFICACION
IZQUIERDO* DOLOR, EDEMA,R ESTRICCIÓN

RX HUMERO O BRAZO, AP-LATERAL

JUSTIFICACION
IZQUIERDO* DOLOR, EDEMA,R ESTRICCIÓN

RX REJA COSTAL, AP

JUSTIFICACION
IZQUIERDO* DOLOR, EDEMA,R ESTRICCIÓN

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

S424 - FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL HUMERO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S202 - CONTUSION DEL TORAX

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S223 - FRACTURA DE COSTILLA

<<REGISTRO: 19:10:57>>

(DR(A). OEV - AVILA TAPIA OSCAR EDUARDO - C.C. 1129485683 - REG. MEDICO: 2537-13 - MEDICINA GENERAL)

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

REVALORACION

*RX DE REJA COSTAL IZQUIERDA: FRACTURAS DEL ARCO COSTAL 7-8 NO DESPLAZADA-

*RX DE HUMERO IZQ: FX CONMINUTA DE EPIFISIS DISTAL DEL HUMERO IZQUIERDO

*RX DE CODO IZQ: FX DE HUMERO DISTAL

PCTE CON FX CONMINUYTA DE EPIFISIS DISTAL DEL HUMERO IZQUIERDO. REQUIERE INMOVILIZACION CON FERULA POSTERIOR, REQUIERE TOMA DE TAC DE CODO CON RECONSTRUCCION TRIDIMENCIONAL PARA DESCARTAR TRAZOS ARTICULARES. USO DE CABESTRILLO.

PCTE QUIEN REFIERE QUE CON MIGRAÑA PRESENTA HEMATURIA, NO TIENE DOLOR ABDOMINAL, PERO EWVIDENCIA DE FX COSTALES, POR TRAUMATISMO DE ALTA ENERGIA Y HEMATURIA MACROSCOPICA. DECIDO TOMAR DE TAC DE TORACOABDOMINAL CONTRASTADO PARA DESCARTAR LESIONES INTRAABDOMINALES. SE INDICA REALIZACION DE EXAMENES Y RESERVAR SANGRE.

PLAN/CONDUCTA

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

65748727

ADMISSION N_: 1171565
SINIESTRO: 0

NOMBRE: DIAZ RINCON DIANA	Num. Id-:	CC	65748727
FECHA NACIMIENTO: 68.09.26	EDAD:	57 A	SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE	CIUDAD:	IBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3045246973
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:		
AT: NO OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.09.02 16:12	
	Fecha/Hora de registro:	2025.09.02 18:48	

OBSERVACION

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, PT, PTT, SODIO, POTASIO, BUN, CREATININA, GLICEMIA,
SS EKG
SS RESERVAR 2UGRE (HEMOCLASIFICACION, RASTREO DE ANTICUERPOS, COMMBS DIRECTO, PRUEBAS CRUZADAS

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC DE CODO CON RECONSTRUCCION

JUSTIFICACION

CODO IZQUIERDO CON 3D *** DOLOR, EDEMA, RESTRICCION

Permite visualizar fracturas ocultas en estudios radiográficos convencionales además conocer el número exacto y la posición real de los fragmentos. También es de gran utilidad en determinar la correcta posición la cabeza humeral y si se trata o no de una luxofractura. Con todas estas ventajas se puede establecer planeamiento prequirúrgico y el material quirúrgico de elección. Se puede disminuir el tiempo de atención, estancia hospitalaria y el tiempo de manejo debido un diagnóstico oportuno y confiable.

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

CEFALEAS. PERDIDA DEL CONOCIMIENTO

TAC ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE

JUSTIFICACION

ACCIDENTE DE TRANSTO, PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLISTA. TRAUMATISMOS * HEMATURIA. FX DE ARCOS COSTALES.
-TRAUMATISMO DE ALTA ENERGIA

TAC TORAX CON CONTRASTE

JUSTIFICACION

ACCIDENTE DE TRANSTO, PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLISTA. TRAUMATISMOS * HEMATURIA. FX DE ARCOS COSTALES.
-TRAUMATISMO DE ALTA ENERGIA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

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

PARACETAMOL SOL. INYECTABLE X 1G/100 CANT: 1 1g CAD 8 HORAS

KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 17809 CANT: 1 OIV CAD 8 HORAS

CEFAZOLINA POLVO P/INY X 1G CANT: 2 2g PREQX

<<REGISTRO: 21:56:26>>

(DR(A). OEV - AVILA TAPIA OSCAR EDUARDO - C.C. 1129485683 - REG. MEDICO: 2537-13 - MEDICINA GENERAL)

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

REVALORACOIN

TAC DE CRÁNEO SIMPLE: ESTRUCTURAS ÓSEAS: - CRÁNEO INTACTO SIN FRACTURAS NI ANOMALÍAS, - CAVIDAD CRANEALES REGULAR Y SIMÉTRICA, ESTRUCTURAS INTRACEREBRALES: NO LESIONES INTRACRANEALES, NO DESPLAZAMIENTOS DE LÍNEA MEDIA, VENTRÍCULOS CEREBRALES DE TAMAÑO NORMAL, MATERIA GRIS Y BLANCA BIEN DEFINIDAS, NO SE OBSERVAN ÁREAS DE INFARTO, TUMOR O LESIÓN. TEIWENE CNTUSION DE BLANDAS A NIVEL PARIETAL IZQUIERDO. PCTE CON REPORTE DE NEUROIMÁGENES DONDE NO SE OBSERVAN HALLAZGOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS, CEREBRO Y ESTRUCTURAS CRANEALES NORMALES.

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

65748727

ADMISSION N_: 1171565

SINIESTRO: 0

NOMBRE: DIAZ RINCON DIANA	Num. Id-:	CC	65748727
FECHA NACIMIENTO: 68.09.26	EDAD:	57 A	SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE	CIUDAD:	IBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3045246973
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:		
AT: NO OBS: NO	Fecha/Hora de admision:	2025.09.02	16:12
	Fecha/Hora de registro:	2025.09.02	18:48

OBSERVACION

TAC ABDOMEN SIMPLE Y CONTRASTADO: SE REALIZA ESTUDIO EN FASES SIMPLE Y CONTRASTADA. HÍGADO, VESÍCULA BILIAR, VÍAS BILIARES, PÁNCREAS, BAZO, RIÑONES Y GLÁNDULAS SUPRARRENALES DE MORFOLOGÍA Y DENSIDAD CONSERVADAS, SIN LESIONES FOCALES NI COLECCIONES. VASOS ABDOMINALES PERMEABLES, SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO NI PSEUDOANEURISMAS. ASAS INTESTINALES DE CALIBRE Y GROSOR DE PARED NORMAL, SIN NEUMOPERITONEO NI LÍQUIDO LIBRE. NO SE OBSERVAN FRACTURAS DE ESTRUCTURAS ÓSEAS INCLUIDAS EN EL CAMPO. SIN HALLAZGOS DE TRAUMA ABDOMINAL AGUDO.

DESCRIPCIÓN TAC TÓRAX SIMPLE Y CONTRASTADO: SE REALIZA ESTUDIO EN FASES SIMPLE Y CONTRASTADA. PAREDES TORÁCICAS INTÉGRAS, SIN FRACTURAS NI COLECCIONES. ÁRBOLES TRAQUEOBRONQUIALES Y CAMPOS PULMONARES DE MORFOLOGÍA Y DENSIDAD CONSERVADAS, SIN LESIONES PARENQUIMATOSAS, CONTUSIONES NI NEUMOTÓRAX. MEDIASTINO SIN COLECCIONES NI HEMATOMAS. VASOS TORÁCICOS PRINCIPALES PERMEABLES, SIN SIGNOS DE LESIÓN VASCULAR NI EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE. FRACTURA DE DOS ARCOS COSTALES IZQUIERDOS. SIN HALLAZGOS DE TRAUMA TORÁCICO AGUDO.

TAC DE CODA IZQUIERDO CON 3D: EVIDENCIA DE FRACTURA HUMERO DISTAL, DESPLZADA E IMPACTADA. CON TRAZO ARTICULAR.

VALORAR POR CX GENERAL PARA ANALISIS DE IMAGENES Y CONTINUAR VIGILANCIA.
SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.

<<REGISTRO: 23:20:40 >>

(DR(A). OEV - AVILA TAPIA OSCAR EDUARDO - C.C. 1129485683 - REG. MEDICO: 2537-13 - MEDICINA GENERAL)

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

REPORTE DE EXAMENES:

HEMOGRAMA LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA POR FISIOLOGIA DEL TRAUMA. NO ANEMIA, PLAQUETAS NORAMLAS
TYIEMPOS NORAMLAS, INR NORMAL
GLICEMIA Y ELECTROLITOS NORMALES.
FUNCION RENAL CONSERVADAS NORMALES

EKG RITMO SINUSAL, ADECUADA PROGRESION DE LA R, NO ONDAS ISQUEMICAS, NO ALTERACIONES DEL ST NI T.

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.03

<<REGISTRO: 16:22:46 >>

(DR(A). MJA - MARTHA JIMENEZ ARIAS - C.C. 51683052 - REG. MEDICO: 5647 - MEDICINA GENERAL)

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

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2025.09.03-16:22:29 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



CLINICA ASOTRAUMA SAS

65748727

ADMISSION N_: 1171565

SINIESTRO: 0

NOMBRE: DIAZ RINCON DIANA	Num. Id-:	CC	65748727
FECHA NACIMIENTO: 68.09.26	EDAD:	57 A	SEXO: F ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 11A 1 37 47 BARRIO PABLO FRANDE	CIUDAD:	IBAGUE	DPTO: 73 TELEFONO: 3045246973
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION	RESPONSABLE:		
AT: NO	OBS:	NO	Fecha/Hora de admision: 2025.09.02 16:12
OBSERVACION			Fecha/Hora de registro: 2025.09.02 18:48

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: HOSPITALIZACION SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 25.09.03 HORA DE EGRESO: 16:22:29

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO

Dr. AVILA TAPIA OSCAR EDUARDO

Registro Medico: 2537-13

CC - 1129485683

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: _____



ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	65748727
NOMBRES	DIANA
APELLIDOS	DIAZ RINCON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 09/04/2025 08:36:42 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Liberad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10035069997

PLACA ODR84E	MARCA KTM	LINEA 690 ENDURO R	MODELO 2019
CILINDRADA CC 693	COLOR NARANJA BLANCO		SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA SIN CARROCERÍA	COMBUSTIBLE GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ 2
NÚMERO DE MOTOR 976811233	REG N	VIN VBKLEV401KM762060	
NÚMERO DE SERIE VBKLEV401KM762060	REG N	NÚMERO DE CHASIS VBKLEV401KM762060	REG N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TEJADA ARISMENDY CRISTIAN DAVID		IDENTIFICACIÓN C.C. 1110587383	





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:	ODR84E	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10035069997	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	KTM	LÍNEA:	690 ENDURO R
MODELO:	2019	COLOR:	NARANJA BLANCO
NÚMERO DE SERIE:	VBKLEV401KM762060	NÚMERO DE MOTOR:	976811233
NÚMERO DE CHASIS:	VBKLEV401KM762060	NÚMERO DE VIN:	VBKLEV401KM762060
CILINDRAJE:	693	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	11/09/2019
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA	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

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
89638707	08/11/2024	09/11/2024	08/11/2025	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	130	VIGENTE
8092343300	04/11/2022	05/11/2022	04/11/2023	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	130	NO VIGENTE
82025835	29/09/2021	30/09/2021	29/09/2022	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	130	NO VIGENTE
				COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A		NO