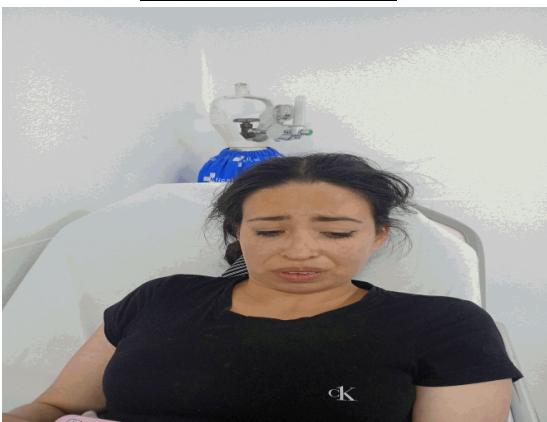


Fecha Ingreso:	2025/07/30	Hora Ingreso:	13:06	Servicio:	Sala de Observación	Cama:	Camilla4M.
Via Ingreso:	Urgencias		Causa Externa:	Accidente de transito		Manilla de identificación #:	
DATOS DEL PACIENTE		Apellidos y Nombres: GINA PAOLA PINTO URREA Historia Clínica: CC - 1033770894 Fecha de Nacimiento: 1994/12/07 Edad: 30 - Años Sexo: Femenino Ocupación: OTROS Estado Civil: Casado(a) <u>SEGURIDAD SOCIAL</u> Régimen: SUBSIDIADO Usuario: SUBSIDIO TOTAL Nivel: Nivel 2 Población Especial: ENTIDADES RESPONSABLES 1.- SEGUROS DEL ESTADO SOAT 2.- ADRES 3.- EPS FAMISANAR SAS 4.- 					

Direccion sitio de Vivienda:	CALLE 136 SUR NUMERO 14 F 85		
Teléfono (s):	3222713279	Municipio:	BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.)
Localidad:	USME	Correo Electrónico:	1GINA.PINTO@GMAIL.COM
DATOS DEL ACCIDENTE			
Direccion del accidente:	CALLE 17 SUR CON CARRERA 29 B		
Municipio del Accidente:	BOGOTA D.C.(BOGOTA D.C.)	Condición del Accidentado:	Peatón
Descripción del Accidente:	PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLETA		
Impresión DX (Comentada):	POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO		
Servicio Solicitado:			
Responsable del Paciente:	OSCAR CACERES	I.D.:	1 Parentesco: ESPOSO
Direccion:	CALLE 136 SUR NUMERO 14 F 85 Teléfono: 3208916037		
Usuario Capitado:	SI	Responsable Admisión:	NEIDU SOSA RUEDA

(Ley 1438 del 2011 Art. 143 Según Circular externa 0000033 de 2011 del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL y Resolución 1915 del 2008)
 La información aquí registrada del evento catalogado como accidente de tránsito, es declarada bajo la gravedad de juramento por el usuario: GINA PAOLA PINTO URREA con documento de identificación numero: 1033770894 quien reside en la dirección: CALLE 136 SUR NUMERO 14 F 85 barrio: USME CENTRO del municipio de: BOGOTA D.C. (BOGOTA D.C.) en calidad de paciente y/o acudiente del paciente: _____ con documento de identificación numero: _____, donde resultó afectado por vehículo automotor en movimiento.

- Mediante la firma de esta declaración, confirma la veracidad y exactitud de las declaraciones que formula, manifestando que nada ha ocultado, omitido o alterado y se da por enterado que esta declaración constituye para la Compañía prestadora de servicios en salud información determinante del siniestro y en consecuencia, de suceder en un enexcusable error, reticencia o inexactitud, el asegurador tendrá derecho a rechazar el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 524 y 534 del código de Comercio y en las Condiciones Generales y particulares de la póliza contratada.
- Así mismo, le hacemos presente que, el que maliciosamente obtenga el pago indebido de un seguro, simulando la existencia de un siniestro, provocándolo intencionalmente, presentándolo ante el asegurador como ocurrido por causas o en circunstancias distintas a las verdaderas, ocultando la cosa asegurada o aumentando fraudulentamente las pérdidas efectivamente sufridas, incurre en el delito de fraude al seguro establecido en el artículo 470, número 10 del código final.

Yo GINA PAOLA PINTO URREA o en mi representación _____ identificado con _____
 Declaro que he sido informado de las condiciones generales para la prestación de los servicios y autorizo mi atención en la Clínica Medical S.A.S.

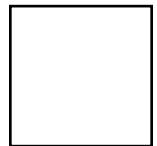
Declaro que la información y/o documentación aportada y consignada en el presente formato es cierta, veraz y verificable; razón por la cual autorizo su posterior verificación por parte de la aseguradora y de la misma institución.

Teniendo en cuenta el artículo 9 de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", autorizo expresamente a la Clínica Medical S.A.S. a divulgar la información aquí reposada tanto internamente como a EPS, aseguradoras, entes de control y demás entidades que la requieran y que estén autorizadas para tal fin, siempre y cuando dicha divulgación esté relacionada con los motivos por los cuales recibí tratamiento en esta Institución prestadora de salud. De igual manera declaro que conozco los derechos que me asisten como titular de esta información de acuerdo con lo establecido en el artículo 8º de la mencionada Ley.

Nombre Completo: GINA PAOLA PINTO URREA
 Identificación: CC 1033770894
 Parentesco: PACIENTE

Gina Pinto

FIRMA.



Huella



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	1033770894
NOMBRES	GINA PAOLA
APELLIDOS	PINTO URREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 07/30/2025 14:14:50 | **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](#)



Consulta tu grupo Sisbén

Se prohíbe modificar, transmitir o usar contenidos de esta página con propósitos comerciales, de servicios o difusión pública. El incumplimiento acarrearía las sanciones legales que haya lugar

Acerca de los grupos y el nuevo resultado:

Existen **cuatro grupos** de clasificación: **A, B, C y D**. Cada uno ubica a las personas según su capacidad para generar ingresos y sus condiciones de vida.

Cada grupo se organiza de la siguiente manera:

Grupo A

Pobreza Extrema

Desde A1 ▶ ▶ Hasta ▶ ▶ D5

Grupo B

Pobreza Moderada

Desde B1 ▶ ▶ Hasta ▶ ▶ B7

Grupo C

Vulnerable

Desde C1 ▶ ▶ Hasta ▶ ▶ C18

Grupo D

Población no pobre, no vulnerable

Desde D1 ▶ ▶ Hasta ▶ ▶ D21

[Conoce aquí la nueva metodología Sisbén IV](#)

[Conoce aquí qué es el Sisben y cómo funciona](#)

Verificación - Calidad de la encuesta - Número de personas atípico en el hogar con discapacidad.

C11

Fecha de consulta: **30/07/2025**

Ficha: **11001781858400002506**

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: GINA PAOLA

Apellidos: PINTO URREA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1033770894

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **13/08/2019**

Última actualización ciudadano: **27/08/2019**

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	DANIELA PEREZ OTA'
Dirección:	Carrera 30 No 25 - 90 Edificio CAD Piso
Teléfono:	Línea 195 Opción 9
Correo Electrónico:	radicacionplaneacionbogota@sdp.gov

¿Qué pasará con el puntaje que tengo en el Sisbén III?

Si encuentras alguna inconsistencia, o deseas actualizar tu información, por favor acércate a la oficina del Sisbén de tu municipio.

Puedes consultarlas [aquí](#)



Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Calle 26 # 13-19 - Edificio ENTerritorio / Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. - 4:30 p.m. - Jornada Contínua



Twitter



Instagram



Facebook



YouTube



LinkedIn

TikTok

Contacto

Comutador: +57 (601) 381 5000

Línea gratuita anticorrupción: 01-800-121221, op. 2

Correo institucional: servicioalciudadano@dnp.gov.co

Buzón de notificaciones DNP: notificacionesjudiciales@dnp.gov.co

Política de seguridad de la información



COMPROBADOR DE DERECHOS

Secretaría Distrital de Salud

Seguimiento Administrativo Entidad Territorial al R. Subsidiado - Fuente: Secretaria Distr 30/07/2025

Ver	Ver	Ver	Consecutivo	Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ficha Sisbén	Nivel Sisbén
Datos	Estado	Nucleo	35474958	CC	1033770894	PINTO	URREA	GINA	PAOLA		

Estado de Afiliación: Suspendido	
Observación	SIN ENCUESTA SISBÉN DE BOGOTÁ VIGENTE Y VALIDADA , Debe solicitar una nueva Encuesta Sisbén lo antes posible. No negar servicios de salud si estado de afiliación es: Activo.

[Mostrar Todos](#)

Subsidiado Bogotá - i Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 30/06/2025

PARA CONSULTAR LA BDUA ACTUAL POR FAVOR DIRIGIRSE A LA PÁGINA WEB DE LA ADRES.

Contributivo Bogotá - i Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 30/06/2025

PARA CONSULTAR LA BDUA ACTUAL POR FAVOR DIRIGIRSE A LA PÁGINA WEB DE LA ADRES.

NO DISPONIBLE - Fuente: NO DISPONIBLE - Fecha de corte:

No se encontraron registros

Encuesta Sisbén Metodología IV - Fuente: DNP - Fecha de corte: 27/07/2025

No se encontraron registros

Registros Población Especial - Fuente: Listados censales de autoridades competentes -
Fecha de corte: 30/07/2025

No se encontraron registros

NO DISPONIBLE - Fuente: NO DISPONIBLE - Fecha de corte:

No se encontraron registros

Instrumento Provisional (PPNA) - Fuente: Hospitales Red Adscrita al SDS - Fecha de corte:
17/09/2018

Instrumento provisional

Estudio Social del Caso - Fuente: Hospitales Red Adscrita al SDS - Fecha de corte:
30/07/2025

Nuevo Estudio Social

Nueva Consulta

Secretaría Distrital de Salud

Cra 32 Nro. 12-81 Teléfono: (571) 3649090
Horario de Atención al Público:
Lunes a Viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD



SIRAS

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE REPORTES DE ATENCIÓN EN SALUD
A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Bienvenido: NEIDU SOSA RUEDA

IPS: CLINICA MEDICAL SAS

[FORMULARIO SIRAS \(/SIRAS/FORMAATENCION1/INDEX\)](#)

CONSULTAS

[INFORMACIÓN PRESTADOR \(/SIRAS/FORMAPRESTADOR/INDEX\)](#)

SEGURIDAD

[CERRAR SESIÓN \(/SIRAS/PRINCIPALENTIDAESSALUD/SALIR\)](#)

LA ATENCIÓN PRESTADA HA SIDO REGISTRADA EN EL SISTEMA CON ÉXITO

EL NÚMERO DE RADICACIÓN ASIGNADO ES

b7794a65f5e180bf

[CONTINUAR CON OTRA RADICACIÓN](#)

[INICIO](#)

Copyright © 2016
Todos los Derechos Reservados



Manual del Usuario (</siras/Documentos/ManualUsuarioSIRAS.pdf>)



Términos y Condiciones (</siras/NoAutenticado/Terminos>)



Política de Privacidad (</siras/NoAutenticado/Privacidad>)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.033.770.894**

PINTO URREA

APELLIDOS

GINA PAOLA

NOMBRES

Gina Tinto DE VERA

FIRMA

ICA DE
MIRIA



REPÚBLICA DE
COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO

07-DIC-1994

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

26-DIC-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



A-1500150-00876343-F-1033770894-20170105

0053046406A 1

1944252194

SERVICIO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.113.698**

FONSECA CORTES

APELLIDOS

JAVIER ALEJANDRO

NOMBRES

Javier Fonseca

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1001113698

NOMBRE

JAVIER ALEJANDRO FONSECA CORTES

FECHA DE NACIMIENTO

05-11-1998

SANGRE-RH

A-

FECHA DE EXPEDICIÓN

21-05-2019

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDRICIR CON LENTES



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SDM - BOGOTA D.C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10030135507

PLACA

UCU87G

MARCA

TVS

LÍNEA

APACHE RTR 200 4V

MODELO

2024

CILINDRADA CC

197

COLOR

TOP FROST

SERVICIO

PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO

MOTOCICLETA

TIPO CARROCERIA

SIN CARROCERIA

COMBUSTIBLE

GASOLINA

CAPACIDAD Kg/PSJ

2

NÚMERO DE MOTOR

0R1AP28B3901

REG

N

VIN

9FLT22000RDE14096

NÚMERO DE SERIE

9FLT22000RDE14096

REG

N

NÚMERO DE CHASIS

9FLT22000RDE14096

REG

N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

CORTES PEREZ ELIZABETH

IDENTIFICACIÓN

C.C. 52390874

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

05-NOV-1998

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 A-

M

ESTATURA G.S. RH

09-NOV-2016 BOGOTA D.C.

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-00872605-M-1001113698-20161222 0052729133A 1 47428199

DIRECCIÓN NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	21-05-2029	PARTICULAR

VALID 20181801 1018



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06001288742

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE POTENCIA HP

***** 20

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

IE FECHA IMPORT.

482023000304437

24/05/2023

PUERTAS

0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

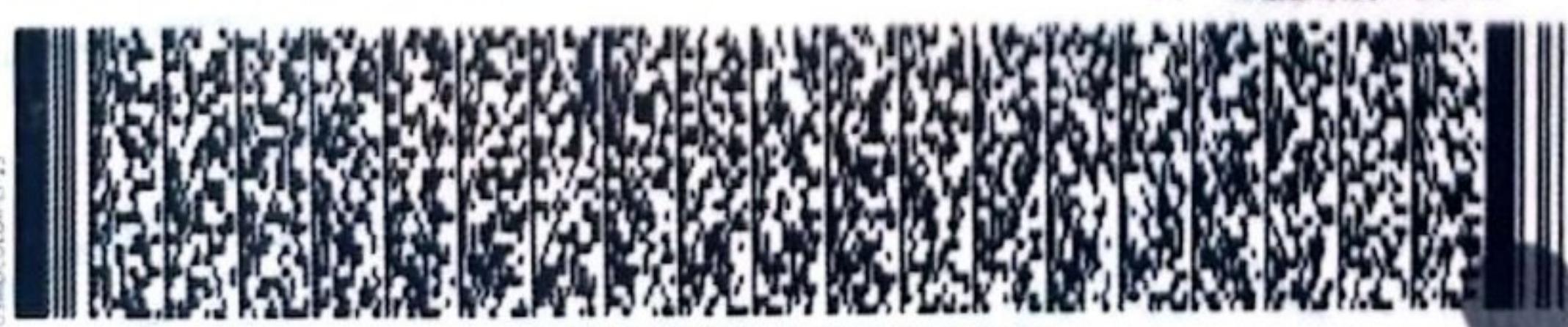
29/09/2023

29/09/2023

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL DE MADRID

COSMOCOLOR LT.23



LT07002709149

Powered by



CamScanner



ABC123

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:

UCU87G

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10030135507

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

MOTOCICLETA

🚗 Información general del vehículo

MARCA:	TVS	LÍNEA:	APACHE RTR 200 4V XCONNECT
MODELO:	2024	COLOR:	TOP FROST
NÚMERO DE SERIE:	9FLT22000RDE14096	NÚMERO DE MOTOR:	OR1AP28B3901
NÚMERO DE CHASIS:	9FLT22000RDE14096	NÚMERO DE VIN:	9FLT22000RDE14096
CILINDRAJE:	197	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	29/09/2023
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOYTTE MCPAL DE MADRID	GRAVAMENES 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

📄 Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
14289410805400	28/09/2024	29/09/2024	28/09/2025	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	🟢 VIGENTE
2808004089353000	28/09/2023	29/09/2023	28/09/2024	120	LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	🔴 NO VIGENTE



CAMON 40 Pro 5G •

14mm f/2.2 1/1508s ISO50

Powered by CamScanner



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:

UCU87G

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10030135507

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

MOTOCICLETA

Información general del vehículo

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
14289410805400	28/09/2024	29/09/2024	28/09/2025	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	VIGENTE
2808004089353000	28/09/2023	29/09/2023	28/09/2024	120	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnica 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)

 Medical	FORMATO				CÓDIGO: FOR-ADM-FOR DESCRIPCIÓN DEL EVENTO VERSIÓN 002 FECHA ELABORACIÓN ABRIL 12 DE 2021 FECHA REVISIÓN ABRIL 15 DE 2021 FECHA APROBACIÓN ABRIL 15 DE 2021 PÁGINAS: 1 ESTADO: VIGENTE	
	ADMISIONES					
	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO					
ELABORÓ	COORDINADOR COMERCIAL	REVISÓ	COORDINADOR DE CALIDAD	APROBÓ	SUBGERENCIA	

FECHA DEL ACCIDENTE: 30 M A/25 HORA DEL ACCIDENTE 12:16 AM PM X

DIRECCIÓN DEL ACCIDENTE: CL 17 SUR con cra 29 b

(Si el accidente ocurrió en zona Urbana por favor indique la dirección con nomenclatura)

DETALLES DEL ACCIDENTE

EL PACIENTE ESTABA EN CALIDAD DE: CONDUCTOR Ocupante Ciclista Peatón X

Iba caminando a cruzar la calle y una moto me arrolló

EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE SE ENCONTRABA LABORANDO: SI NO X

NOTA: Si se encontraba laborando recuerde que debe suministrar el reporte realizado al ARL (FURAT)

FECHA INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS 30 M A/25

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: GINA PAOLA PINTO URREA

TIPO DE DOCUMENTO: CC TI RC PEP CE P AS MS NO.: 1033770894

DIRECCIÓN DOMICILIO: CL 136 SUR #14 F 85 CELULAR: 3222713279

BARRIO: USME CENTRO LOCALIDAD: USME MUNICIPIO: BTA

EPS: FAMISANDE CORREO: ginapinto@gmail.com

ESTADO CIVIL: CASADO(A) X, UNION LIBRE ___, SOLTERO (A) ___, VIUDO (A) ___, DIVORCIADO (A) ___

OCCUPACIÓN: EMPLEADO ___, INDEPENDIENTE ___, OTRO ¿CUAL? HOGAR

EN CASO DE NO SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE POR FAVOR
INDIQUE DATOS DE QUIEN REALIZA DESCRIPCION

NOMBRE _____ CC _____

TELÉFONO _____

EN CALIDAD DE:



HUELLA DE PACIENTE

FIRMA DE PACIENTE

FAMILIAR: _____ FUNCIONARIO ADMISIONES _____

HUELLA

EN CASO DE EMERGENCIA POR FAVOR INDIQUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

FAMILIAR Y/O RESPONSABLE

NOMBRE: OSCAR COLERES PARENTESCO: Esposo TELÉFONO: 320 891 6037

