



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

FECR 268130

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE. FECHA IBAGUE, 6-May-2024 HORA 14:44:49 ACEPTACION DIAN: 2024.05.06 02:45:04 PM

ENTIDAD RESPONSABLE 860037013-6 CONTRATO/PLAN 2024 03 263,13 UVT - AÑO 2024 PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE CC - 5978643	(860037013) TIPO CONTRATO MUNDIAL SEGUROS EVENTO REGIMEN OTRO REGIMEN	ORDEN SS 1-1045309 ANEXO2:	TIPO INGRESO AMBULATORIA FECHA INGRESO FECHA EGRESO 29/04/2024 29/04/2024
---	---	----------------------------------	--

SUAREZ PERALTA ARMANDO

EDAD : 52 Años

ESTRATO:NIVEL I

OBSERVACIONES:

COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
------------	-------------	-------------	-------	---	-----	------	-------------	----------

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

UNICO/UNILATERAL

14332 LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS	2024.04.29 39008	1	10	100.0	CIRUJANO JFJ	1	648,600	648,600
39108 SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOG	2024.04.29 39108	1	100.0	ANESTESIOL JCD	1	372,300	372,300	
39121 GRUPO 10	2024.04.29 39121	1	100.0	AYUDANTE WCM	1	176,500	176,500	
39212 GRUPO 10	2024.04.29 39212	1	100.0	DER.SALA ASO	1	1,159,200	1,159,200	
39304 GRUPOS 10 11 12 13	2024.04.29 39304	1	100.0	MATERIALES ASO	1	649,000	649,000	
UNICO/UNILATERAL								
13582 OSTEOSINTESIS HUESO DE PIE	2024.04.29 39006	3	08	50.00	CIRUJANO JFJ	1	215,600	215,600
39106 SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOG	2024.04.29 39106	3	08	50.00	ANESTESIOL JCD	1	127,300	127,300
39119 GRUPO 08	2024.04.29 39119	3	50.00	AYUDANTE WCM	1	56,500	56,500	

MATERIAL OSTEOSINTESIS

PLACA CONDILAR HLH DE 2.0MM DE 7X2 ORIF	1	1,650,000	1,650,000
TORNILLO CANULADO DE 4.0 MM X 40 MM	1	479,600	479,600
TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH DE 2	2	183,700	367,400
TORNILLO CORTICAL AUTOROSC HLH 2.0X16MM	1	183,700	183,700
PIN ROSCADO DE 1.2MM CANULADO DE 4.0 MM	1	96,000	96,000

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

19977328-01 ACETAMINOFEN + TRAMADOL TAB 325/37.5MG	30	2,400	72,000
44405-04 CEFALEXINA CAPSULA X 500 MG	20	800	16,000
36241-07 HEPARINA DE BAJO PM X 40 MG AMBULATORIO	15	12,900	193,500

IMAGENES DX

21101 MANO DEDOS PUNO MUNECA CODO PIE	21101	1	69,700	69,700
21602 PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y O INTEN	21602	1	209,900	209,900

OTROS

4039475512 TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH DE 2	4039475512	1	183,700	183,700
4039475610 TORNILLO DE BLOQ AUTROSCA HLH 2.0MMX10M	4039475610	1	356,400	356,400

SUB TOTAL PAGINA \$ 7,282,900

* .T VALOR BRUTO: 7,282,900 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 7,282,900

SON: SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.*****

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: MAP MAURICIO ALEJANDRO PERDOMO

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

Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

HABILITACION NUMERACION DE FACTURACION No. 18764065657571 DEL 16-Feb-2024 AL 15-Feb-2025 RANGO DEL FECR-250001 AL FECR-300000

Cufe: 612c15a8182053008aa023d844f92bbf399c5ae2c633dab0cf3f55f0f233bc0e6bb799b942c57e788bdb5920a0f2a@71 DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA PLATAFORMA DIGITAL ÚNICAMENTE PARA ESTUDIO

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.

07-MAY-2024

seguros
mundial

La entidad: Clínica Asotrauma

DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA PLATAFORMA DIGITAL ÚNICAMENTE PARA ESTUDIO

PARA ESTUDIO

pagina No 1 de 1



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

I. DATOS DE LA RECLAMACION

Fecha Radicacion:	<input type="text"/>	No.Radicado	<input type="text"/>
		RG	<input type="text"/>
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}	<input type="text"/>	Nro. Factura Cuenta de Cobro	FECR 268130

II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social	CLINICA ASOTRAUMA SAS		
Codigo Habilitacion:	730010082601	Nit:	800209891-7

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

SUAREZ	PERALTA	
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido	
ARMANDO		
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: 5978643	
De: 73563	Fecha de Nacimiento: 25/11/1971	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X
Direccion: CALLE 5 NUMERO 4 65 PRADO		
Departamento: TOLIMA	Cod. 73	Telefono: 3124182449
Municipio: PRADO	Cod. 563	
Condicion del accidentado: <input checked="" type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Peaton <input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Ciclista		

IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito <input checked="" type="checkbox"/>				
Naturales: Sismo <input type="checkbox"/>	Maremoto <input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas <input type="checkbox"/>	Huracan <input type="checkbox"/>	Rayo <input type="checkbox"/>	Tornado <input type="checkbox"/>
Inundaciones <input type="checkbox"/>	Avalancha <input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra <input type="checkbox"/>	Incendio Natural <input type="checkbox"/>	Vendaval <input type="checkbox"/>	
Terroristas: Explosi>n <input type="checkbox"/>	Masacre <input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal <input type="checkbox"/>	Combate <input type="checkbox"/>		
Incendio <input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios <input type="checkbox"/>	Desplazados <input type="checkbox"/>			
Otros <input type="checkbox"/>	Cual? <input type="checkbox"/>				

Direccion de la Ocurrencia:	CALLE 5 CON CARRERA 3		
Fecha Evento/Accidente:	21/04/2024	Hora:	18:15
Departamento:	TOLIMA	Cod.	73
Municipio:	PRADO	Cod.	563
Zona:	<input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> R		

Informe del accidente (Relato breve de los hechos):
PACIENTEN EN CLAIDAD DE CONDCUTOR DE MOTO DE PLACA IOI57F QUE AL GIRAR PIERDE EL CONTROLL RESULTANDO LESIONADO

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

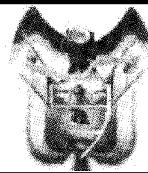
NORENO	BERNAL
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido
JOSE	ALIRIO
1er.Nombre	2do.Nombre
Documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC	No. Documento: 5934550
Direccion: CALLE 5 NUMERO 4 65 PRADO	
Departamento: TOLIMA	Cod. 73
Municipio: PRADO	Cod. 563
Telefono: 3124182449	Total Folios: 25

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: IOI57F	No. Siras: 70be637e50b1f1cc
Tipo de Servicio: Automovil <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Busefa <input type="checkbox"/> Camion <input type="checkbox"/> Camioneta <input type="checkbox"/> Campero <input type="checkbox"/> Microbus <input type="checkbox"/> Tractocamion <input type="checkbox"/>		
Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> Motocarro <input type="checkbox"/> Mototriciclo <input type="checkbox"/> Cuatrimoto <input type="checkbox"/> Moto Extranj. <input type="checkbox"/> Vehic.Extranj. <input type="checkbox"/> Volqueta <input type="checkbox"/>		
Codigo Aseguradora: AT1317	MUNDIAL DE SEGUROS	intervenci>n de la Auto. Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Poliza SOAT No 86064653		Cobro excedente P%liza Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Vigencia de la Poliza:	Desde: 19/07/2023	Hasta: 18/07/2024

VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA

Codigo CUPS Hospitalizacion:	817205	Complejidad de Procedimiento Quirurgico:	ALTA
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:	817205	Dias de UCI reclamados:	0
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:	793803	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

SUAREZ	PERALTA
1er.Apellido	2do.Apellido
ARMANDO	
1er.Nombre	2do.Nombre
Tipo de Documento:	No. Documento 5978643
<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	
Direcci'on: CALLE 5 NUMERO 4 65 PRADO	
Departamento: TOLIMA	Cod. 73 Tel'fono:
Municipio: PRADO	Cod. 563

IX. DATOS DE REMISION

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

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar 'nicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)			
Datos del Vehiculo: Placa No.			
Transporto la victimas desde :	Hasta :		
Tipo de Transporte: Ambulancia B'sica	<input type="checkbox"/>	Ambulancia Medicalizada	<input type="checkbox"/>
Lugar donde recoge la victimas		Zona: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

Fecha de ingreso: 29/04/2024 a las 10:39	Fecha de Egreso: 29/04/2024 a las 16:48
Diagnostico presuntivo de Ingreso	
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	
Diagnostico definitivo de Ingreso	
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	
Diagnostico relacionado de Ingreso	
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	
Diagnostico presuntivo de Egreso	
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	
Diagnostico definitivo de Egreso	
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	
Diagnostico relacionado de Egreso	
S923 FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO	
OSPINAS	ORTIZ
1er.Apellido del M'udico o Profesional tratante	2do.Apellido del M'udico o Profesional tratante
JUAN	FRANCISCO
1er.Nombre del M'udico o Profesional tratante	2do.Nombre del M'udico o Profesional tratante
Tipo Documento	No. Documento 75107093
<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	N'mero de Registro de M'udico 182869

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	7282900	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 descripc'i'on de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo t'cnico numero 2.

XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la instituci'on prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informaci'on contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direcci'on General de Financiamiento del Ministerio de la Protecci'on Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Rep'blica con la IPS y las aseguradoras de no ser as'y, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situaci'on.

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CA'ON

NOMBRE CC. 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

628-23



5978643

ADMISSION N.: 1043583

SINIESTRO: 108627

NOMBRE: SUAREZ PERALTA ARMANDO Num. Id-: CC 5978643
FECHA NACIMIENTO: 71.11.25 EDAD: 52 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 5 NUMERO 4 65 PRADO CIUDAD: PRADO DPTO: 73 TELEFONO: 3124182449
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 22/04/2024 12:42
Fecha/Hora de registro: 22/04/2024 13:33
OBSERVACION

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 24.04.22

<<REGISTRO: 13:33:07 >> (AUXIL. WCM - CEDIEL MARIN WILSON - C.C. 14138706 - REG. MEDICO: 2657 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

"PACIENTEN EN CLAIDAD DE CONDCUTOR DE MOTO DE PLACA IOI57F QUE AL GIRAR PIERDE EL CONTROLL RESULTANDO LESIONADO"

REINGRESO NO**ESTADO AL INGRESO**

ALERTA, ESTABLE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE CONSULTA POR ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA DE AYER EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA QUE AL GIRAR PIERDE EL CONTROL, RESULTANDO LESIONADO. PACIENTE CON TRAUMAS FACIAL SUPERFICIAL, TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO Y EN EL PIE IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. NO PORTABA CASCO.

REVISION POR SISTEMA

NIEGA OTROS SINTOMAS

ANTECEDENTES

--><<2024.04.22-13:33:08>>, (AUXIL. WCM - CEDIEL MARIN WILSON - C.C. 14138706 - REG. MEDICO: 2657 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1043583

PAT: HERNIAS DISCALES CERVICAL Y LUMBAR.

FARM: METADONA, PREGABALINA, ACETAMINOFEN + CODEINA

ALERGIAS: NIEGA

QX: ARTRODESIS DE COLUMNA LUMBOSACRA, CX RODILLA, HERNIORRAFIA INGUINAL Y UMBILICAL.

**** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO ****

SIGNOS VITALES TA: 140/88 FC: 72 FR: 16 Tmp: 36.2 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

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

PRESENTA HERIDAS SUPERFICIALES EN LA REGION MALAR IZQUIERDA. NO DEFORMIDAD NI CREPITOS. PINRAL

CUELLO

MOVIL SIN MASAS NO DOLOROSO

TORAX

CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES, TORAX SIN LESIONES

ABDOMEN

BLANDO SIN MASAS NO DOLOROSO NO DEFENDIDO

GENITOURINARIO

NEG

PELVIS

ESTABLE

DORSOEXT

DORSO SIN LESIONES POR TRAUMA. PRESENTA ESCORIACION SUPERFICIAL EN HOMBRO IZQUIERDO SIN LIMITACION A LA MOVILIDAD. PRESENTA EDEMA MARCADO Y EQUIMOSIS EN EL PIE IZQUIERDO CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL PARA LA MOVILIDAD Y EL APOYO. BUENA PRFUSION DISTAL.

NEUROLOGICO

ALERTA, ORIENTADO, SIN DEFICIT FOCAL



5978643

ADMISSION N.: 1043583

SINIESTRO: 108627

NOMBRE: SUAREZ PERALTA ARMANDO Num. Id.: CC 5978643
FECHA NACIMIENTO: 71.11.25 EDAD: 52 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 5 NUMERO 4 65 PRADO CIUDAD: PRADO DPTO: 73 TELEFONO: 3124182449
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 22/04/2024 12:42
OBSERVACION Fecha/Hora de registro: 22/04/2024 13:33

PIEL

NEG

FANERAS

NEG

DIAGNOSTICOS INGRESO**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

S909 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S408 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S923 - FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

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

PACIENTE SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO AYER EN EL MUNICIPIO DE PRADO CON TRAUMA EN EL PIE IZQUIERDO CON EDEMAS, DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL. NIEGA TRAUMA EN LA COLUMNA.

SE ORDENA RX DE PIE IZQUIERDO

VALORACION CON RESULTADOS

SE EXPLICA AL PACIENTE LA CONDUCTA A SEGUIR

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RX PIE, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUMA EN EL PIE IZQUIERDO, DOLOR, EDEMA , LIMITACION

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

S909 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S408 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

<<REGISTRO: 14:12:28 >>

(AUXIL. WCM - CEDIEL MARIN WILSON - C.C. 14138706 - REG. MEDICO: 2657 - MEDICINA GENERAL)

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

NOTA MEDICA

IDX. FRACTURA DE 2DO METATARSIANO DEL PIE IZQUIERDO

SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

SE INMOVILIZA LA EXTREMIDAD CON FERULA DE YESO

SS TAC CON RECONSTRUCCION 3 D

SE EXPLICA AL PACIENTE LA CONDUCTA

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC DE PIE CON RECONSTRUCCION

JUSTIFICACION

EL TAC DE PIE CON RECONSTRUCCIÓN PERMITE OBTENER IMÁGENES RADOLÓGICAS DE ALTA DEFINICIÓN ANATOMÍCA DEL PIE, IDENTIFICAR FRACTURAS OCULTAS A ESTE NIVEL, QUE NO PUEDEN SER DEFINIDAS POR RADIOGRAFÍA SIMPLE NI TAC CONVENCIONAL , DEFINE LAS RELACIONES ARTICULARES A NIVEL DEL PIE COMO ES LA DE LISFRANC Y CHOPAR, METATARSOFALÁNGICAS E INTERFALÁNGICAS DEL PIE, ADEMÁS DEFINE FRACTURAS CLARAS PERMITIENDO REALIZAR PLANEAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS MISMAS Y VÍA QUIRÚRGICA, ASÍ COMO MATERIAL QUIRÚRGICO A UTILIZAR EN EL



5978643

ADMISSION N.: 1043583

SINIESTRO: 0

NOMBRE: SUAREZ PERALTA ARMANDO Num. Id.: CC 5978643
FECHA NACIMIENTO: 71.11.25 EDAD: 52 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U
DIRECCION: CALLE 5 NUMERO 4 65 PRADO CIUDAD: PRADO DPTO: 73 TELEFONO: 3124182449
OCCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCCUPACION RESPONSABLE:
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 22/04/2024 12:42
Fecha/Hora de registro: 22/04/2024 13:33
OBSERVACION

PROCEDIMIENTO.

FRACTURA DE HUESOS DEL TARSO Y EL METATARSO PIE IZQUIERDO

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RX DE PIE IZQUIERDO SE APRECIA FRACTURA DE LA BASE DEL 2 DO METATARSIANO DESPLAZADA CONMINUTA.

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA:

SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: . .

HORA DE EGRESO:

ESTADO A LA SALIDA:



Dr. Wilson Cediel
Medico Universidad del Tolima
R.M. 25265709

Dr. CEDIEL MARIN WILSON

Registro Medico: 2657

CC - 14138706

**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: _____

INTERCONSULTA MEDICA

CLINICA ASOTRAUMA SAS

Fecha: 22/04/2024

ADMISSION N_: 1043583
SINIESTRO: 108627

PACIENTE: SUAREZ PERALTA ARMANDO

Doc. Id: 5978643 Edad: 52 Entidad: MUNDIAL DE SEGUROS

DATOS ASIGNADOS EN URGENCIAS

Medico Solicitante: EJM/ MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN

Fecha: 22/04/2024 Hora: 18:53:19

Area: HOS

Diagnóstico Definitivo: /

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Medico: 3531

VALORACION MEDICA ESPECIALIZADA

Diagnóstico Definitivo: /

Tipo: CERRADA

Descripción Clínica

ORTOPEDIA

MC ACCIDNETE DE TRANSITO

EA APCIENTE QUEIN RPESENTA ACCIDNETE DE TRNASITO CON TRAUMA EN PIE IZQUEIROD CON DOLRO EDEMA Y LIMTIACION

ANTECEDENTE SAPTOLOGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA

EF BUENE STADO ALERTA AFEBRIL NO SINGOS DE DIFICULTAD REPSIRATORIA PIE IZQUEIROD CON EDME AIMPROTANTE SIN FLICTENAS
NBO SIGNOS DE COMAPRTIMENTAL NO HAY SIGNOS DE AL ARRUGA

RX D EPIE CONF RACTURA D ELISFRNAC QUEINR EUQUIERE TAC CON REOCNSTRUCCION 3D ¿ARA PLANEAMIENTO QUIRURGICO

TAC DE PIE CON REOCNSTRUCCION 3D QUE EVIDNEICA FRACTURA CONMINUTA DEL BASE DEL 2 MTT CON GRAN
COMPROMISOINTRARTICUALR Y COMPROMISO DLE LISFRNAC

PLAN APCIENTE QUEIN REUQUIERE MEJORIA DE TEJIDOS BLANDOS MEDIDAS ANTIEDEMA AINES Y REPOSO CON FERULA PARA
PROGRAMAR PROCEDIMIENTO UNA VEZ MEJOREN LOS TEJIDOS BLANDOS RIESOG DE ARTORDESIS DADA LA CONMINUCION DE LA BASE
DEL 2 MTT

ANALISIS/DIAGNOSTICO/PLAN

Dr. JUAN FRANCISCO OSPINA ORTIZ
Ortopedia y Traumatología
C.C. 78.107.992

Dr. OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO

Especialidad: ORTOPEDIA DE TOBILLO Y PIE

Registro Medico: 182869

CC - 75107093



SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS
No. 55439

FECHA IMP: 24.04.22

HORA IMP: 15:04:08

DMISION: 180-1 - 1043583

PACIENTE: 5978643-SUAREZ PERALTA ARMANDO

ERV — LICITA: URGENCIAS

EDAD: 52

TELEFONO 3124182449

FECH—HORA SOLICITUD:

24.04.22-15:02

AUTORIZACION: 21284777

QUIROFANO:

ROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

SO2.13582 - OSTEOSINTESIS HUESO DE PIE

PIE

LATERALIDAD: IZQUIERDA

AYUDANTIA: S

DIAGNOSTICO: S923 - FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO

TIEMPO ESTIMADO: 01:00 TIPO ANESTESIA: GENERAL

DIAS DE ESTANCIA: 0

MATERIAL

OSTEOSINTESIS HUESO DE PIE LATERALIDAD: IZQUIERDA

*** SIN MATERIAL ***

OBSERVACION

SS PLACA CONDILAR DE 1.5-2.0

TORNILLOS CANULADOS DE 4.0

PROGRAMAR LUNES 29/04/24

FECHA-HORA CIRUGIA:

Clinica Asotrauma SAS
AUTORIZACIÓN CX Y MOS
Cupo SOAT: 33.000.000
Aseguradora: Mundial SOAT
Cas Ortop: Travmatol
Autoriza: Julian S.
22/04/24

Dotor
JUAN ECO. JAVIER OSPINA ORTIZ
Ortopedia y Traumatología
C.C. 78.107.003

MED. SOLICITA: OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO
REG. MEDICO: 182869

Programado
lunes 29.04.24

100

Revisión UH
Admito Travmatol

CLINICA ASOTRAUMA SAS

DESCRIPCION QUIRURGICA No 82132

Orden de Servicio Número: 180-1 -1045309

Fecha 29/04/2024

Nombre Paciente: SUAREZ PERALTA ARMANDO

5978643 Edad: 52 Sexo: M

Hora inicio 15:00 Hora fin: 16:00 Duración: 00:59 Tipo de Anestesia: RAQUIDEA

Cirujano: JFJ- OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO Ayudante: WCM- CEDIEL MARIN WILSON

Anestesiólogo: DIAZ SALAZAR JUAN CARLOS Instrumentación: GRACE

Clase de cirugía: AMBULATORIA Tipo de cirugía: PROGRAMADA Tipo de herida: LIMPIA

Diagnósticos Pre-Operatorios:

Diagnósticos Post-Operatorios:

- | | |
|---|---|
| 1. S923-FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO | 1. S923-FRACTURA DE HUESO DEL METATARSO |
| 2. S932-RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE | 2. S932-RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE |

Descripción de las intervenciones Realizadas:

Código	Descripción	Médico	Vía
13582	OSTEOSINTESIS HUESO DE PIE	JFJ	3 -
14332	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN LIGAMENTOS(UNA A DOS)	JFJ	1 - 1i

Descripción: DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

TAC DE PIE IZQUIERDO CON RECONSTRUCCIÓN 3D :

FRACTURA DE LA BASE DEL 1 METATARSIANO Y FRACTURA DE LA BASE DEL 2 METATARSIANO CONMINUTA Y DE LA REGION INTERCUNEANA INESTABLE CON LESIÓN COMPLETA DEL LIGAMENTO DE LISFRANC CON AUMENTO DEL ESPACIO DE LISFRANC

HALLAZGOS: PIE IZQUIERDO SE EVIDENCIA FRACTURA DE LA BASE DEL 1 METATARSIANO Y FRACTURA DE LA BASE DEL 2 METATARSIANO CONMINUTA Y DE LA REGION INTERCUNEANA INESTABLE CON LESIÓN COMPLETA DEL LIGAMENTO DE LISFRANC CON AUMENTO DEL ESPACIO DE LISFRANC.

DESCRIPCIÓN: PREVIA PARADA DE SEGURIDAD SIN NOVEDADES PROFILAXIS ANTIBIOTICA CON CEFAZOLINA SIN COMPLICACIONES BAJO ANESTESIA RAQUIDEA DECUBITO SUPINO ASEPSIA Y ANTISEPSIA COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRURGICOS SE SUBE TORNIQUETE A 250 MMHG SE PROCEDE A :

- 1 ABORDAJE DORSAL SOBRE EL LISFRANC DEL PIE IZQUIERDO
- 2 DISECCIÓN POR PLANOS HASTA EVIDENCIAR ARTICULACIÓN CUNEOMETATARSIANA DEL 2 RAYO Y DEL 1 RAYO
- 3 DISECCIÓN HASTA EVIDENCIAR LESIÓN COMPLETA DEL LIGAMENTO DE LISFRANC CON AUMENTO DEL ESPACIO ENTRE LA CUÑA MEDIAL Y LA BASE DEL 2 METATARSIANO
- 4 OSTEOSINTESIS DE HUESO DE PIE IZQ CON TORNILLO CANULADO DE 4.0 SOBRE LA CUÑA MEDIAL Y LA BASE DEL 2 MTT PREVIO PASO DE PIN ROSCADO Y COLOCACIÓN DE PLACA CONDILAR HLH DE 2.0 MM DE 7 *2 ORIFICIOS FIJADA CON TORNILLO DE BLOQUEO HLH Y TORNILLOS CORTICALES HLH FIJANDO LA FRACTURA DE LA BASE DEL 2 METATARSIANO
- 5 VERIFICACIÓN DE OSTEOSINTESIS CON 2 DISPAROS DE INTENSIFICADOR DE IMÁGENES ADECUADOS
- 6 SE REALIZA REINSERCIÓN DEL LIGAMENTO DE LISFRANC Y LIGAMENTORRAFIA CON VICRYL 4.0 SOBRE LOS CABOS DEL LIGAMENTO DE LISFRANC CON EL ESPACIO REDUCIDO ADECUADAMENTE.
- 7 LAVADO CIERRE POR PLANOS HASTA PIEL SIN COMPLICACIONES
- 8 SE DEJA FERULA POSTERIOR SE BAJA TORNIQUEUTE ADECUADAMENTE APERFUSIÓN DISTAL
- 9 SE RETIRA EL PIN ROSCADO

GASTO DE MATERIAL DE OSETOSINTESIS DE TRAUMATOL :

TORNILLO CANULADO DE 4.0*40 MM UNO

PIN ROSCADO DE 1.2 MM UNO

PLACA CONDILAR HLH DE 2.0 MM DE 7*2 ORIFICIOS UNO

TORNILLO CORTICAL HLH DE 2.0*10 MM DOS

TORNILLO CORTICAL HLH DE 2.0*12 MM UNO

TORNILLO CORTICAL HLH DE 2.0*16 MM UNO

TORNILLO DE BLOQUEO HLH DE 2.0*10 MM UNO

PLAN :

SALIDA ,CITA CONTROL EN 3 SEMANAS, ANALGESICO,ANTIBIOTICO NO APOYO MULETAS

CLINICA ASOTRAUMA SAS

DESCRIPCION QUIRURGICA No 82132

Orden de Servicio Número: 180-1 -1045309

Fecha 29/04/2024

Nombre Paciente: SUAREZ PERALTA ARMANDO

5978643 Edad: 52 Sexo: M

Anatomía Patológica:

Complicación:

Descripción de la complicación

Rayos X Intraoperatorios

Intensificador de Imagen

DOS DISPAROS


Dr. Juan Francisco Ospina Ortiz
Ortopedia y Traumatología
C.C. 75107093
DRA(A).- OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO
ORTOPEDIA DE TOBILLO Y PIE
Reg. Medico:182869
CC - 75107093

NOMBRES: **AENIONDO**
IDENTIFICACION: **3970643**
INTERVENCION: **OSTEOSINTESIS HUESO DFC PCE IZQUIERDO**

APELLIDOS: **SUDEPEZ PERCORA**
FECHA: **ABRIL 29 2024**

EFFECTO PREMEDICACION: OP B. R. M.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:				
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:				
INTERVENCION:				
ANESTESIOLOGOS:	JUAN CORTES VIBO	CIRUJANOS:	JUAN FERNANDEZ OSPLA	
TIEMPO DE LIQUIDO	20L	LOCAL		
AYUNO	20H.	BLOQUEO	GENERAL	
SOLIDO		DISOCIATIVA	EPIDURAL	
POSICION	0-0-0-0-0-0	TECNICA	ESPINAL	
RESPIRACION	/		CAUDAL	
C.C.S.C.	E		OTRA	
C.S.A	A		ESPACIO	
C.C.C.	C		L-3/L4 NIVEL	
42	2300		AGUJA	
40	22		1 1/2 OT. N°.	
38	210		1 1/2 OT. N°.	
36	20		E OT. N°.	
34	190		E NT. N°.	
32	18		PULSO	
30	170		RESPIRACION	
28	16		T.A.	
26	150		INDUCCION	
24	14		INICIACION Y	
22	130		FINALIZACION	
20	12		NEONATOS MASC.	
18	11		FEM.	
16	10		P.V.G.	
14	9		XX X	
12	8		T*	
10	7		TORNIQUETE	
8	6		E.C.S.	
6	5		1 AL 6 LIQUIDO	
4	4		6 AL 16 DROGAS	
2	3		6 REANIFENTANIL	
10	2		7 LIPÍDICO 20%	
HORA	14:40	(15)	8 PROPOFOL	
FE02	11	11	9 SUCINICOLLURA	
SO2	99	99	10 DESBALIZACION	
CO2	38	33	11 ETILEFIRAL	
SATURACION	(15)	(6)	12 PROCOLFENAL	
1	ACERO DE SCARO O.0.1.		13 KETORECHENO	
2			14 NACETINA	
3			15	
4			16	
5			TO-	C.C.
HEMORRAGIAS			TAL	C.C.
DIURESIS				
TOTALES	750 cc	2	3	4
1		6 0.2 mg/kg/min	7 80 mgIV	8 100 mgIV
5		10 8 mg/kgIV	11 2 mgIV	12 1 g INF
9	20 mgIV	13 30 mg/kgIV	14 3 mgIV	15
13				16
ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO	TO CENO	ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO	13 EFLAW	
OBSERVACIONES:	MONITOREO POSICO DE LD DID PROTECCION OCULAR / DERNICLUB, TECNICA Y DE ZONAS DE PRESION			
FIRMA Y CODIGO				

3133

FECHA: 29-Abr-2024

DOCUMENTO: 5978643 - CC

PACIENTE: SUAREZ PERALTA ARMANDO

PROCEDIMIENTO: OSTEOSINTESIS HUESO DE PIE

ENTIDAD: MUNDIAL DE SEGUROS

PROVEEDOR: TRAUMATOL

ESPECIALISTA: OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO

SOPORTE 1: JOSE CANTILLO

CASA COMERCIAL 1: LINEAS HOSPITALARIAS SAS

DESCRIPCION	CODIGO	CANTIDAD LOTE Y/O SERIE	SET
PLACA CONDILAR HLH DE 2.0MM DE 7 X 2 4029475307		1.00 131170350	
ORIF			
TORNILLO DE BLOQUEO AUTORROSCANTE HLH DE 2.0MM X 10MM	4039475610	1.00 210201433	
TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH 2.0MM X 10MM	4039475510	2.00 210201433	
TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH 2.0X12 MM TI	4039475512	1.00 160022395	
TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH 2.0MM X 16MM	4039475516	1.00 0011126844	
TORNILLO CANULADO DE 4.0MM X 40MM	4031421040	1.00 0010977196	
PIN ROSCADO DE 1.2 MM (CANULADO DE 4.0MM TI) AC	40246120	1.00 0494-8	



Dr. JUAN E. C. JAVIER OSPINA ORTIZ
Ortopedia y Traumatología
C.C. 75.107.093

INSTRUMENTADOR: GRACE MOJICA
SOPORTE: JOSE CANTILLO

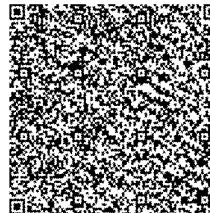
Dr. OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO
CC - 75107093
182869

RESPONSABLE DE DILIGENCIAMIENTO: MAURICIO ALEJANDRO PERDOMO



TRAUMATOL SAS

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: FVEC00011644
Fecha Emisión: 2024-04-30 16:53:28
Fecha validación: 2024-04-30 17:12:40-05:00
Fec. Vcto.: 2024-05-30



Nº Resolución: 18764048964129 Prefijo: FVEC Consecutivo: 8501 hasta 16000 Fecha: 2023-05-12 hasta 2024-05-12

Datos del Emisor	Datos del Adquiriente
<p>Razón social/Nombre: TRAUMATOL SAS NIT: 900146017-7 Actividad Económica: 4645 Responsabilidad: No aplica - Otros - Dirección: CALLE 1 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO Teléfonos: 3183439201 Contacto: ELIZABETH SANTOFIMO E-mail: facturacionetraumatol@gmail.com Nota: Tarifa ICA 4.14 x 1000 Bogotá</p>	<p>Razón social/Nombre: CLINICA ASOTRAUMAS.S.A.S. NIT: 800209891-7 Dirección: AV CLL 19 N° 118-95 CEN EJECUTIVO SANTA BARBARA OFICINA 616 - BOGOTÁ - Bogotá D.C - CO E-mail: radicacionelectronica@asotrauma.com.co</p>

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	4029475307	1.00	94	PLACA CONDILAR HLH DE 2.0MMDE 7X2 ORIF TI	1,650,000.00	IVA0.00	0.00		1,650,000.00
2	4039475610	1.00	94	TORNILLO DE BLOQUEO AUTORROSCANTE HLH DE 2.0MMX 10MMTI	356,400.00	IVA0.00	0.00		356,400.00
3	4039475510	2.00	94	TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH 2 X 10MMTI	183,700.00	IVA0.00	0.00		367,400.00
4	4039475512	1.00	94	TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH 2.0 MMX 12 MM TI	183,700.00	IVA0.00	0.00		183,700.00
5	4039475516	1.00	94	TORNILLO CORTICAL AUTORROSCANTE HLH DE 2.0MMX 16MMTI	183,700.00	IVA0.00	0.00		183,700.00
6	4031421040	1.00	94	TORNILLO CANULADO DE 4.0MMX 40MMTI	479,600.00	IVA0.00	0.00		479,600.00
7	S40246120	1.00	94	PIN ROSCADO DE 1.2MM(CANULADO DE 4.0MMTI) AC_S	96,000.00	IVA0.00	0.00		96,000.00

Total Items

7

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA: 0.00%	3,316,800.00	0.00

Totales	
SUBTOTAL:	3,316,800.00
TOTAL Base Imponible:	3,316,800.00
IVA:	0.00
TOTAL Descuento Global:	0.00
TOTAL Anticipos:	0.00
TOTAL Recargo Global:	0.00
TOTAL:	3,316,800.00

TOTAL en letras: Tres Millones Trescientos Dieciseis Mil Ochocientos Con Cero COP

Redondeo Aplicado: 0.00

Campos Extras	
Paciente:	SUAREZ PERALTA ARMANDO
Identificación:	5978643

Domicilio fiscal: CLL 93 11A-28 Oficina 601 Bogotá
Responsable Impuesto Sobre las Ventas I.V.A
No somos agentes retenedores de I.V.A

CUFE: 35c72432b7204e5a33adce857321e9564596a5f49501e557bf703b0b77ddc55c701962a8fd7476b1e6360221b7facd07

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6

TFHKA_CO900390126 - Móvil: +57 317 668 7663 - <https://www.thefactoryhka.com.co/> - Versión de template: co-default-21-764



TRAUMATOL SAS

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: FVEC00011644
Fecha Emisión: 2024-04-30 16:53:28
Fecha validación: 2024-04-30 17:12:40-05:00
Fec. Vcto.: 2024-05-30



Campos Extras

Médico: OSPINA ORTIZ JUAN FRANCISCO
Área de Atención: CIRUGIA

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Crédito	Otro	2024-05-30	Referencia de pago 11644		30				

Domicilio fiscal: CLL 93 11A-28 Oficina 601 Bogotá
Responsable Impuesto Sobre las Ventas I.V.A
No somos agentes retenedores de I.V.A

Cufe: 35c72432b7204e5a33adce857321e9564596a5f49501e557bf703b0b77ddc55c701962a8fd7476b1e6360221b7facd07

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6

TFHKA_CO900390126 - Móvil: +57 317 668 7663 - <https://www.thefactoryhka.com/co/> - Versión de template: co-default-21-764



Bogotá, Martes 30 de Abril de 2024

Señores
CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.
Ciudad

Cordial saludo:

Por medio de la presente certifico que al Señor(a) **SUAREZ PERALTA ARMANDO** identificado(a) bajo el documento de identidad No **5978643** se le suministro material de osteosíntesis para procedimiento quirúrgico y/o material de ortesis.

El anterior procedimiento fue remitido a través del convenio con **CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.** servicio que ya fue cobrado en la Factura No **FVEC00011644** y a la fecha ya se encuentran debidamente cancelada.

Atentamente,

CONSUELO VALDERRAMA HERNANDEZ
GERENTE

DISPENSACION FORMULA AMBULATORIA

No. Despacho: 1-911850

No. Pedido: 1008183

Fecha Registro: Fecha/Hora Act:

24.04.29 24.04.29/16:39:54

Ciudad ASOTRAUMA

JARIO: SUAREZ PERALTA ARMANDO

TEL.:3124182449

AREA: QUIROFANO

DOC.IDENT: CC 5978643

CAMA:

ORIGEN: BODEGA FORMULA AMB (FA)

ENTIDAD: AT1317 - MUNDIAL DE SEGUROS

MEDICO: Dr. CEDIEL MARIN WILSON

BOD MAR REFERENCIA	PRES	DESCRIPCION DEL ITEM	REFE/DIMEN	CANTIDAD	OBSERVACIONES
099 SAN 9598	JPRE	HEPARINA DE BAJO PM X 40 MG	P. REGULADO	15.00	

OBSERVACIONES:

PEDIDO AMB. GENERADO DESDE QUIROFANO

UNIDADES
TOTAL

15.00

Entregado Por:

Xiommy Rodriguez

Recibido Por:

Firma:

Nombre:

Cedula:

Tel/Celular:

Luna Shalay Soilez.

1041659158

3178161099

Accidente: Paciente:

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



DISPENSACION FORMULA AMBULATORIA

NI. 800209891

No. Despacho: 1-911848

No. Pedido: 1008179

Fecha Registro: Fecha/Hora Act:

24.04.29 24.04.29/16:34:38

Ciudad ASOTRAUMA

USUARIO: SUAREZ PERALTA ARMANDO

TEL.:3124182449

AREA: QUIROFANO

DOC.IDENT: CC 5978643

CAMA:

ORIGEN: BODEGA FORMULA AMB (FA)

ENTIDAD: AT1317 - MUNDIAL DE SEGUROS

MEDICO: Dr. CEDIEL MARIN WILSON

BOD MAR REFERENCIA	PRES	DESCRIPCION DEL ITEM	REFE/DIMEN	CANTIDAD	OBSERVACIONES
099 GEN 9571	CAPS	CEFALEXINA CAPSULA X 500 MG		20.00	
099 GEN 39255	TABL.	ACETAMINOFEN + TRAMADOL TAB		30.00	

OBSERVACIONES: PEDIDO AMB. GENERADO DESDE QUIROFANO	UNIDADES TOTAL 50.00	Entregado Por: Xiomy Rodriguez AUXILIAR FARMACIA	Recibido Por: Firma: Nombre: Lindsey Shirley Soto Cedula: 2172167009 Tel/Celular: 3019061109
		Acudiente: <input type="checkbox"/> Paciente: <input type="checkbox"/>	

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



CLINICA ASOTRAUMA

INFORME DE IMAGENOLOGIA

FECHA EMISION: 6/05/202
HORA: 14:43:21
PAGINA No: 1

Numero de Examen: 99442665

Fecha de Examen: 29/04/2024

Numero de Identificacion: 5978643

Nombre Paciente: SUAREZ PERALTA ARMANDO

Direccion: CALLE 5 NUMERO 4 65 PRADO

Telefono: 3124182449 **Edad:** 52 A **Sexo:** M

Entidad: MUNDIAL DE SEGUROS

RX PIE, AP-LATERAL

***HALLAZGOS**

RX PIE IZQUIERDO

Fractura en la base del segundo metatarsiano

Fijación de la primera cuña al segundo metatarsiano

Reducción de la fractura del segundo dedo mediante placa de osteosíntesis con afrontamiento óseo normal

Espacios conservados

Edema de los tejidos blandos

S

FIRMA

DR. GUILLERMO ANTONIO DIAZ

C.C. 73083618 - RM: CMC2017-22262

Medico - Radiologo

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



COMPROBANTE DE SERVICIO RECIBIDO

Yo, SUAREZ PERALTA ARMANDO

identificado con cedula de ciudadania NRO

5978643 como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de paciente (X) acudiente () del paciente _____
con cedula NRO _____ manifiesto de manera libre y en forma espontanea que recibi real, materialmente y a entera satisfacion los servicios de:

ATENCIÓN DE URGENCIAS
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO DE CIRUGIA
CONSULTA EXTERNA
OTROS _____

IMÁGENES DIAGNOSTICA
 MATERIAL DE ORTESIS
 MATERIAL DE ORTOPEDIA
 LABORATORIOS

ATENCIÓN EN UCI
 SERVICIO DE CURACIONES
 SERVICIO DE CIRUGIA
 EKG
 MEDICAMENTOS

durante la hospitalaria correspondiente a la fecha de ingreso 24.04.29 y egreso 24.04.29 . Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atencion medica son:

ENFERMEDAD GENERAL
ACCIDENTE DE TRANSITO

ACCIDENTE LABORAL
ACCIDENTE ESTUDIANTIL

OTROS: CUAL _____

De igual forma autorizo el tratamiento de mis datos conforme al manual de politicas de la Clinica Asotrauma S.A.S, publicado en la pagina Web.clinicaasotrauma.com.co y el tratamiento de mis datos sensibles, los cuales revelen el origen racial o étnico, tales como captura de la huella dactilar, filmación del rostro y en general datos biometricos y relativos a la salud.

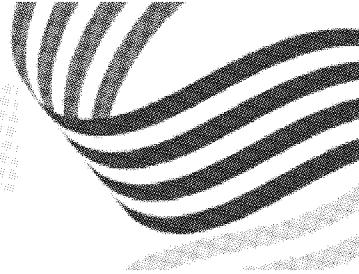
Cualquier corrección,actualización,supresión y/o revocacion de sus datos personales, dirigir escrito a Clinica ASOTRAUMA a la direccion de correo electronico tratamientodedatospersonales@asotrauma.com.co.

FIRMA PACIENTE

CC 5978643

FIRMA ACUDIENTE

CC

[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:

IOI57F

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10020288484

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Particular

CLASE DE VEHÍCULO:

MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:

BAJAJ

LÍNEA:

DISCOVER 125 ST-R BS

MODELO:

2020

COLOR:

NEGRO NEBULOSA

NÚMERO DE SERIE:

9FLA37CYXLAM24448

NÚMERO DE MOTOR:

JEZWKF26812

NÚMERO DE CHASIS:

9FLA37CYXLAM24448

NÚMERO DE VIN:

9FLA37CYXLAM24448

CILINDRAJE:

124

TIPO DE CARROCERÍA:

SIN CARROCERIA

TIPO COMBUSTIBLE:

GASOLINA

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

15/02/2020

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

**STRIA DE TTOyTTE
MCPAL DE SAN
SEBASTIAN DE
MARIQUITA TOLIMA**

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

REPOTENCIADO:

NO

REGRABACIÓN MOTOR

NO

NRO. REGRABACIÓN

(SI/NO):	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-histórico-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
86064653	18/07/2023	19/07/2023	18/07/2024	120	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	VIGENTE
100900151300100	25/02/2022	26/02/2022	25/02/2023	120	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	NO VIGENTE
14185900086800	19/02/2021	20/02/2021	19/02/2022	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE
1308004259358000	14/02/2020	15/02/2020	14/02/2021	121	LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	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



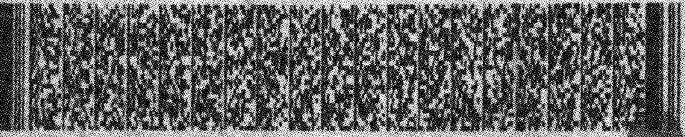
Vehículo a desintegrar por proceso de normalización

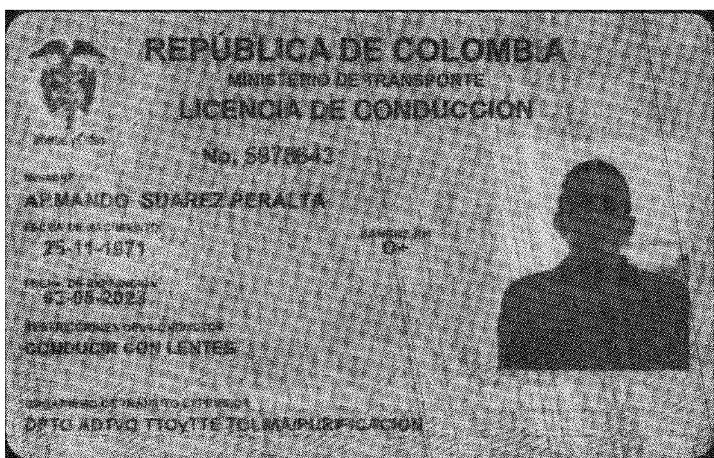
Permiso de circulación restringida (PCR)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

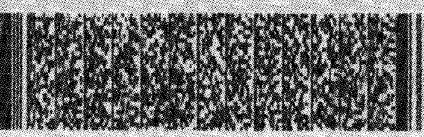
LICENCIA DE TRANSITO N°. 10020258454

PLACA:	MARCA:	MODELO:
10167P	BALAJ	DISCOVER 125 ST-B BS 2020
CILINDRADA CC:	COMBINADA:	
125	SIN CARRICOERIA GASOLINA	
CATEGORIA VEHICULO:	TIPO CARRICOERIA:	CONSUMO KM/L:
MOTOCICLETA	SIN CARRICOERIA GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR:	NÚMERO DE CHASIS:	
UE7VAKF28012	REFLA37CYXLAM24449	
NÚMERO DE CHASIS:	NÚMERO DE CHASIS:	
REFLAA37CYXLAM24449	REFLA37CYXLAM24449	
PROPIETARIO, APELLIDOS Y NOMBRE:	IDENTIFICACION:	
MORENO SERRAL JOSE ALFREDO	C.C. 5934690	

PERMITIDA MUY LIGA	CLASE LIC.	POTENCIA HP
12	12	0
DECLARACION DE IMPORTACION 902019000250103		
LIMITACION A LA PROPIEDAD		
FECHA MATRICULA FECHA EXP. LIC. TTO. FECHA VENCIMIENTO		
16/02/2020 15/02/2020		
ORGANISMO DE TRANSITO ESTRUCTURA TECNICA Y LOGISTICA DE SAN SEBASTIAN DE MARQUITA TOLIMA		
		
LT02005856250		



CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIVIENDA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRADA	03-45-600	PARTICULAR



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC08000041460

