REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

JUZGADO 007 PEQUENAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES

LISTADO DE ESTADO

ESTADO No. **034** **Fecha:** 28/05/2021 **Página:** **1**

No Proceso	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Descripción Actuación	Fecha Auto	Folio	Cuad.
41001 40 03010 2006 00791	Ejecutivo Singular	HERNAN GOMEZ OSORIO	MARTIN HUERCOS Y OTRO	Auto decreta medida cautelar OFICIO 1029	27/05/2021		
41001 40 03010 2008 00551	Ejecutivo Singular	ARIEL RODRIGUEZ LOZANO	BLADIMIR ESTRADA LOPEZ Y OTRO	Auto aprueba remate	27/05/2021		
41001 40 03010 2009 00707	Ejecutivo Singular	OCTAVIO RAMIREZ MAYORGA	YOLANDA PELAEZ HURTADO	Auto decreta medida cautelar OFICIO 1049 Y 1050	27/05/2021		
41001 40 03010 2010 00509	Ejecutivo Singular	BANCO DAVIVIENDA S.A	ROSA VILMA GUZMAN FERNANDEZ	Auto decreta medida cautelar OFICIO 1035	27/05/2021		
41001 40 03010 2011 00251	Ejecutivo Singular	DIANA LORENA CERQUERA NASAYO	FREDY DÍAZ CAMAYO	Auto ordena oficiar OFICIO 1034	27/05/2021		
41001 40 03010 2011 00405	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA COONFIE LTDA	HERMENCIA GUTIERREZ SANDOVAL Y OTRO	Auto pone en conocimiento OFICIO SOLICITADO	27/05/2021		
41001 40 03010 2011 00626	Ejecutivo Singular	YOLANDA NOREÑA REINA	QUILIAN ALONSO BOLIVAR GARCIA Y OTRO	Auto decreta medida cautelar Y NO TOMA NOTA DE REMANENTE - OFICIC 1026	27/05/2021		
41001 40 03010 2012 00322	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO - COONFIE LTDA	MARTHA ISABEL GONZALEZ DE GARCIA	Auto Corre Traslado Avaluo CGP PRESENTADO POR LA PARTE DEMANDANTE	27/05/2021		
41001 40 03010 2012 00716	Ejecutivo Mixto	ADEINCO S.A.	YIRLANDY LUCUARA CAICEDO Y OTRO	Auto decreta medida cautelar OFICIO 1027	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00010	Ejecutivo Singular	BANCOLOMBIA S.A	MEDARDO DUSSAN PASCUAS	Auto pone en conocimiento EL ENVIO DE OFICIO DE MEDIDA	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00164	Ejecutivo con Título Prendario	BANCOLOMBIA S.A.	LUIS MIGUEL MANTILLA TRUJILLO	Auto resuelve solicitud remanentes ABSTIENE DE DAR TRASLADO AVALUO Y TOMA NOTA REMANENTE OFICIO 1039	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00186	Ejecutivo Singular	BANCO DE BOGOTA S.A.	ORLANDO GASCA TELLEZ	Auto aprueba liquidación Crédito & Niega Reconocer personería abogado	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00397	Ejecutivo Singular	BANCO MUNDO MUJER S.A.	JOLMER VARGAS TRUJILLO Y OTRO	Auto aprueba liquidación Crédito y costas.	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00406	Ejecutivo Singular	NURY JACQUELINE CUESTAS SANCHEZ	JHON JAIRO ALARCON SUAREZ	Auto aprueba liquidación Crédito.	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00495	Ejecutivo Singular	ABIGAIL MEDINA DE MOSQUERA en Rep. de ALEXANDRA MOSAQUERA MEDINA	SUSANA LAVAO DUSSAN	Auto decreta medida cautelar OFICIO 1047Y 1048	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00708	Ejecutivo Singular	AILEEN DAYANA TOVAR SALINAS	LUIS AUGUSTO BONILLA RAMOS	Auto aprueba liquidación Crédito y costas.	27/05/2021		
41001 40 03010 2017 00777	Ejecutivo Singular	ALEXANDER MORA FIERRO	TERESA BOTACHE CAPERA Y OTRO	Auto aprueba liquidación Crédito y costas.	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00079	Ejecutivo Singular	FABIO GERMAN RODRIGUEZ CARDOZO	EDGAR ALBERTO QUINTERO MORALES	Auto aprueba liquidación Crédito y costas.	27/05/2021		

ESTADO No. **034** **Fecha:** 28/05/2021 **Página:** **2**

No Proceso	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Descripción Actuación	Fecha Auto	Folio	Cuad.
41001 40 03010 2018 00210	Verbal	YOLANDA PENAGOS DE GARRIDO	ROSA EJENA HERNANDEZ LUGO	Auto reconoce personería RECOCER PERSONERIA A LA ABOGADA JENNY PAOLA OLARTE GOMEZ APODERADA PARTE DEMANDANTE Y REVOCAR PODER AL ABOGADO EITEL TUPAC BONILLA RAMIREZ	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00223	Ejecutivo Singular	BANCO DAVIVIENDA S.A.	ALBERTO TOVAR MORENO	Auto decreta medida cautelar OFICIO 1053	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00327	Ejecutivo Singular	BANCO PICHINCHA S. A.	JUAN MANUEL RODRIGUEZ GUERRERO	Auto pone en conocimiento EL ENVIO DE OFICO DE MEDIDA	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00346	Ejecutivo Singular	COMFAMILIAR DEL HUILA	ANA FLOR SALAZAR TOVAR	Auto aprueba liquidación Crédito y costas.	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00426	Ejecutivo Singular	TRANSPORTES DEL HUILA SA TDH SOLUCIONES EN LOGISTICA Representada legalemnte por Ramon Rodriguez Rod	SERVICIOS INTEGRADOS DE LOGISTICA LTDA	Auto no tiene en cuenta liquidación presentada Modifica crédito y aprueba costas.	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00558	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA DE CREDITO-COOPEVAL	LUIS EDGAR PEREZ	Auto niega emplazamiento	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00559	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA DE CREDITO-COOPEVAL	ALFONSO MEDINA SOSA	Auto aprueba liquidación Crédito y costas.	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00567	Ejecutivo Singular	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	JOSE HERNÁN PEÑA RUIZ	Auto ordena oficiar OFICIO 1076	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00613	Ejecutivo Singular	ORGANIZACION ROA FLORHUILA S.A.	LUIS ALFONSO SANCHEZ CASTAÑEDA	Auto aprueba liquidación Crédito y costas.	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00685	Ejecutivo Singular	CIELO ESPERANZA MEDINA	JHONATHAN VARON RAMIREZ	Auto requiere A ENTIDAD OFICIO 1044	27/05/2021		
41001 40 03010 2018 00948	Ejecutivo Singular	FUNDACION ESCUELA TECNOLOGICA DE NEIVA -JESUS OVIDIO PEREZ- FET	JOSE ALDEMAR GUEVARA ALVAREZ	Auto aprueba liquidación de costas Auto aprueba liquidación de costas, modifica liquidación del crédito, decreta medida cautelar y ordena entrega de depositos judiciales. Oficio Nro 1037.	27/05/2021		
41001 40 03010 2019 00033	Ejecutivo Singular	CARLOS EDUARDO CHAGUALA ATEHORTUA	HENRY TRUJILLO LOSADA	Auto resuelve Solicitud PONE DE PRESENTE AL ACTOR QUE YA SE OBTUVO RESPUESTA A LO SOLICITADO.	27/05/2021		
41001 40 03010 2019 00039	Ejecutivo Singular	COBRANZAS Y FINANZAS SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS	ANA MIRIAM BURBANO SILVA	Auto agrega despacho comisorio ORDENA AGREGAR COMISORIO No. 37 DILIGENCIADO.	27/05/2021		
41001 40 23010 2013 00764	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA -COONFIE LTDA.	MARIA YANIDT MEDINA CABRERA	Auto aprueba liquidación Crédito.	27/05/2021		
41001 40 23010 2014 00290	Ejecutivo Singular	BANCO AV VILLAS	HENRY IDARRAGA SALAS	Auto ordena desglose SE FIJA FECHA PARA ENTREGA DE DESGLOSE PARA EL DIA 3 DE JUNIO DE 2021, DE 8:00 A 8:30 A.M. A LA DRA. MARIA NANCY POLANIA DE CORTES.	27/05/2021		
41001 40 23010 2014 00437	Ejecutivo Singular	CONDOMINIO HACIENDA MAYOR	FIDUCIARIA DE OCCIDENTE Y OTRO	Auto pone en conocimiento EL ENVIO DE OFICIO	27/05/2021		
41001 40 23010 2015 00781	Ordinario	LUIS ALBERTO QUESADA RAMIREZ	NELDA GOMEZ OIDOR Y OTRO	Auto ordena comisión DESPACHO COMISORIO No. 23	27/05/2021		

ESTADO No. **034** **Fecha:** 28/05/2021 **Página:** **3**

No Proceso	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Descripción Actuación	Fecha Auto	Folio	Cuad.
41001 40 23010 2016 00002	Ejecutivo Singular	INSTITUTO FINANCIERO PARA EL DESARROLLO DEL HUILA - INFIHUILA	CARLOS GERARDO USECHE CASTRO	Auto aprueba liquidación Crédito.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00320	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE	JUAN NICOLAS SERRATO CUELLAR	Auto pone en conocimiento NO HAY TITULOS.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00388	Ejecutivo Singular	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	ROBINSON AMEZQUITA TOVAR	Auto 440 CGP Recurso Extemporaneo.- Auto ordena seguii adelante con la ejecución del credito.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00719	Ejecutivo Singular	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	DIRIEAM SANCHEZ DIAZ	Auto pone en conocimiento NO HAY TITULOS.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00788	Ejecutivo Singular	ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.	RUBY YENSI VALENCIA GONZALEZ	Auto tiene por notificado por conducta concluyente Demandada Ruby Yensyn Valencia Díaz.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00803	Ejecutivo Singular	CAJA COOPERATIVA PETROLERA COOPETROL	JAIME CORREA LUNA	Auto resuelve solicitud remanentes NO TOMA NOTA DE MEDIDAS- SE LIBRAN OFICIO Nos. 1077 Y 1078.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00844	Ejecutivo Singular	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	ANDRES MAURICIO DOMINGUEZ MEZA	Auto 440 CGP	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00867	Verbal	GUILLERMO ALFONSO BURITICA ROCHA	ELVIRA PALOMINO MENDEZ	Auto decreta medida cautelar SE LIBRAN OFICIOS Nos. 1061 Y 1061.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 00897	Ejecutivo Singular	BANCOMPARTIR S.A.	MARLENY ROJAS GONGORA	Auto requiere REQUIERE PARTE ACTORA PARA QUE ALLEGUE NUEVAMENTE SOLICITUD.	27/05/2021		
41001 41 89007 2019 01131	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	FRANCISCO CARDOZO PEREZ	Auto Designa Curador Ad Litem DESIGNA AL DR. CESAR GRANADOS CALDERON COMO CURADOR AD-LTEM DEL DEMANDADO. SE LIBRA OFICIO No. 1087.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00045	Ejecutivo Singular	CLAUDIA LILIANA CASTRO VARGAS	EDWIN FERNEY MUÑOZ RODRIGUEZ	Auto ordena oficiar SE LIBRA OFICIO No. 1075.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00053	Ejecutivo Singular	COLEGIO RAFAEL POMBO (CORAPO)	ALIRIO TOVAR CAPERA	Auto resuelve retiro demanda SEÑALA EL 10/06/2021 A LAS 9:00 AM PARA SU ENTREGA.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00060	Ejecutivo Singular	JS INVERSIONES Y NEGOCIOS S.A.S.	JUAN PABLO HOYOS ROJAS	Auto resuelve renuncia poder ACEPTA RENUNCIA PODER Y RECONOCE PERSONERIA A TAI-LIN IBAÑEZ VARGAS APODER5ADA PARTEA CTORA.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00071	Ejecutivo Singular	CARLOS PEÑA PINO	ARNULFO TRUJILLO DIAZ	Auto aprueba liquidación de costas Auto aprueba liquidación de costas, modifica liquidación del crédito y ordena entrega de depositos judiciales.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00180	Ejecutivo Singular	BANCO POPULAR S.A	SOLEINE TOVAR SAAVEDRA	Auto 440 CGP	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00189	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	ANDRES FELIPE URRIAGO ALBARRACIN	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1073.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00258	Ejecutivo Singular	IVAN JOYA OLIVARES	DAVID ANDRES MOLINA RODRIGUEZ	Auto pone en conocimiento MEMORIAL ALLEGADO	27/05/2021		

ESTADO No. **034** **Fecha:** 28/05/2021 **Página:** **4**

No Proceso	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Descripción Actuación	Fecha Auto	Folio	Cuad.
41001 41 89007 2020 00327	Ejecutivo Singular	BANCO COOPERATIVO COOPCENTRAL	ARMANDO RAMIREZ VANEGAS	Auto 440 CGP	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00333	Ejecutivo Singular	STEVEN SALAZAR RAMIREZ	YENNY PATRICIA SANCHEZ GUTIERREZ	Auto Designa Curador Ad Litem DESIGNA A LA DRA. CARMEN DEL PILAR MORALES R. COMO CURADORA AD-LITEM DE LA DDA. OFICIO No. 1088.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00410	Ejecutivo Singular	STEVEN SALAZAR RAMIREZ	HECTOR ANDRES TOVAR LLANOS	Auto ordena emplazamiento ORDENA EMPLAZAR AL DEMANDADO.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00454	Ejecutivo Singular	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.	Auto fija fecha audiencia y/o diligencia SEÑALA FECHA AUDIENCIA INICIAL.- 25 - JUNIO - 2021 A LAS 8:30 A.M.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00472	Verbal	CLARA INES SOTO MORENO	ISABEL TORRES FAJARDO	Auto Designa Curador Ad Litem DESIGNA A LA DRA. CAROLINA MARTINHEZ R COMO CURADORA AD-LITEM DE LAS DEMANDADAS. OFICIO No. 1072.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00527	Ejecutivo Singular	JAVIER SALAZAR STERLING	DAGOBERTO FIERRO NARVAEZ	Auto requiere REQUIERE ENTIDADES PARA EL CUUMPLIENTO DE MEDIDAS. OFICIOS Nos. 1079 Y 1080.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00565	Monitorio	FUNDACION POTENCIAL HUMANO	COMPARTA E.P.S-S.	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1067.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00589	Ejecutivo Singular	CONJUNTO RESIDENCIAL LA MORADA DEL VIENTO I Y II ETAPA	CONSTRUCTORA FEDERAL LTDA. Representada por el señor FERNANDO CARDOZO RODRIGUEZ o quien haga sus vec	Auto resuelve solicitud remanentes Auto no toma nota de embargo de remanente y requiere a la parte actora. Oficio Nro. 1004.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00593	Ejecutivo Singular	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.	HENRY CHALA GAVIRIA	Auto ordena emplazamiento ORDENA EMPLAZAR AL DEMANDADO.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00604	Ejecutivo Singular	BANCO DE BOGOTA S.A.	YESID CORTES LEMUS	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1070.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00661	Verbal	ALEX ARTURO ZAMORA RIVERA	DORIS CHALA LEYVA	Auto resuelve admisibilidad reforma demanda ACEPTA REFORMA DEMANDA.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00693	Ejecutivo Singular	FUNDACION DEL ALTO MAGDALENA	JUAN PABLO LOAIZA LOZANO	Auto ordena emplazamiento ORDENA EMPLAZAR AL DEMANDADO.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00751	Ejecutivo Singular	AMELIA MARTINEZ HERNANDEZ	MARIA INES SALAZAR DE AMAYA	Auto ordena comisión SE LIBRA DESPACHO COMISORIO No. 22.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00811	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA. DEPARTAMENTAL DE CAFICULTORES DEL HUILA LTDA. - CADEFUHUILA	JORGE ELIAS ALVAREZ LEAL	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1059.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00814	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA. DEPARTAMENTAL DE CAFICULTORES DEL HUILA LTDA. - CADEFUHUILA	JUAN NEPOMUCENO BLANDON LOPEZ	Auto decreta medida cautelar SE LIBRAN OFICIOS Nos. 1057 Y 1058.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00821	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA. DEPARTAMENTAL DE CAFICULTORES DEL HUILA LTDA. - CADEFUHUILA	NIRSA PUENTES VARGAS	Auto decreta medida cautelar Oficio Nro. 1020.	27/05/2021		
41001 41 89007 2020 00822	Ejecutivo Singular	FINANZAS Y AVALES FINAVAL S.A.S.	CARMEN ORTIZ	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1038 Y COMISORIO No. 21.	27/05/2021		

ESTADO No. **034** **Fecha:** 28/05/2021 **Página:** **5**

No Proceso	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Descripción Actuación	Fecha Auto	Folio	Cuad.
41001 41 89007 2021 00041	Ejecutivo Singular	INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA SAS-INFISER	LUIS EDUARDO YAÑEZ PERDOMOY OTROS	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1056.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00052	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA MULTIACTIVA PROMOTORA CAPITAL-CAPITALCOOP	JOSE YIMMY PAEZ VILLAMIZAR	Auto resuelve retiro demanda	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00070	Ejecutivo Singular	INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA SAS-INFISER	YANETH GARCIA YTAZ Y OTRO	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1054.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00113	Ejecutivo Singular	CLARA INES PRADA BARON	ALVARO GONZALEZ DUQUE	Auto requiere REQUIERE CUMPLIMINETO DE MEDIDA- SE LIBRA OFICIO NO. 1086.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00120	Ejecutivo Singular	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	FREDY ANTONIO PRECIADO SUAREZ	Auto pone en conocimiento NO HAY TUITULOS - REQUIERE PAGADOR· OFICIO No. 1082.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00135	Ejecutivo Singular	BANCOLOMBIA S.A.	JHON FREDY YAÑEZ MEDINA	Auto Terminación Pago Cuotas en Mora CORRIGE AUTO Y TEMRINA POR CUOTAS EN MORA- SE LIBRA OFICIO No. 1085.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00146	Ejecutivo Singular	COONFIE	ALBA LUCIA RIVERA DUQUE	Auto ordena emplazamiento ORDENA EMPLAZAR A LAS DEMADADAS.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00150	Ejecutivo Singular	INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA SAS-INFISER	FERNANDO BERMUDEZ AHUMADA Y OTRO	Auto decreta medida cautelar SE LIBRA OFICIO No. 1055.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00165	Ejecutivo Singular	CONJUNTO RESIDENCIAL LA MORADA DEL VIENTO I Y II ETAPA	MARIA ARGENIS GARCIA LOSADA	Auto resuelve Solicitud Auto deniega providencia de seguir adelante con la ejecución del crédito y auto requiere.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00209	Efectividad De La Garantia Real	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA	VIVIANA MARCELA JOVEN ESQUIVEL Y OTRO	Auto resuelve corrección providencia CORRIGE MANDAMIENTO DE PAGO	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00215	Ejecutivo Singular	RF ENCORE S.A.S.	WILLIAM ALBERTO SALAS GOMEZ	Auto pone en conocimiento EL ENVIO DE OFICIO DE MEDIDA	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00218	Ejecutivo Singular	SALUDLASER SAS.	LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	Auto tiene por notificado por conducta concluyente La Previsora Compañia de Seguros S.A.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00219	Ejecutivo Singular	BANCO POPULAR S.A	CRISTIAN FERNANDO GARCIA LEMUS	Auto pone en conocimiento MEMORIAL ALLEGADO	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00231	Ejecutivo Singular	UTRAHUILCA	JHON JAIRO JARA LOSADA	Auto pone en conocimiento MEMORIAL ALLEGADO	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00259	Ejecutivo Singular	BANCO MUNDO MUJER S.A.	IONJEYER GONZALEZ LEITON Y OTRO	Auto pone en conocimiento EL ENVIO DE OFICIO	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00290	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE	INGRID DANIELA TRUJILLO PIPICANO	Auto requiere OFICIO 1041	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00305	Ejecutivo Singular	NBR CREDITOS BOTERO S.A.S.	JHOELIS CARPIO MACHADO Y OTROS	Auto pone en conocimiento MEMORIALES SOLICITADOS	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00318	Ejecutivo Singular	ASYCO S.A.S.	METALICAS COFRES Y SERVICIOS SAS Y OTRO	Auto decreta medida cautelar OFICIO 1083 Y 1084	27/05/2021		

ESTADO No. **034** **Fecha:** 28/05/2021 **Página:** **6**

No Proceso	Clase de Proceso	Demandante	Demandado	Descripción Actuación	Fecha Auto	Folio	Cuad.
41001 41 89007 2021 00337	Ejecutivo Singular	REENCAUCHADORA SUPERIOR S.A	FABIO HUMBERTO GUTIERREZ CABRERA	Auto requiere OFICIO 1081	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00408	Ejecutivo Singular	KAREN YULIETH URIBE TOVAR	ANA LUCIA MUÑOZ CASTELBLANCO	Auto suspende proceso HASTA EL 15 DE JUNIO DE 2021, A SOLICTUD DE LAS PARTES	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00424	Ejecutivo Singular	COMPAÑIA FINTECH DE COLOMBIA SA	MIGUEL ANGEL TOVAR PLAZAS	Auto libra mandamiento ejecutivo	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00424	Ejecutivo Singular	COMPAÑIA FINTECH DE COLOMBIA SA	MIGUEL ANGEL TOVAR PLAZAS	Auto decreta medida cautelar Oficio Nro. 1001.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00430	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO - COOFISAM	JESUS RAMIRO VALERO HERNANDEZ	Auto libra mandamiento ejecutivo	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00430	Ejecutivo Singular	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO - COOFISAM	JESUS RAMIRO VALERO HERNANDEZ	Auto decreta medida cautelar Oficio Nro. 1013.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00432	Ejecutivo Singular	BANCO POPULAR S.A	MIGUEL ANGEL AMAYA RODRIGUEZ	Auto Rechaza Demanda por Competencia POR FACTOR CUANTIA Y REMITE A REPARTO JUZGADO CIVIL MUNICIPAL NEIVA	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00433	Ejecutivo Singular	SCOTIABANK COLPATRIA S.A.	SONIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ	Auto libra mandamiento ejecutivo	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00433	Ejecutivo Singular	SCOTIABANK COLPATRIA S.A.	SONIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ	Auto decreta medida cautelar Oficio Nro. 1018 y 1019.	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00439	Ejecutivo Singular	BANCOLOMBIA S.A.	EFREN DUSSAN SOTTO	Auto inadmite demanda	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00441	Ejecutivo Singular	FONDIPETROL LTDA.	KELLY JOHANA DIAZ HERNANDEZ	Auto inadmite demanda CONCEDE 5 DIAS PARA SUBSANAR	27/05/2021		
41001 41 89007 2021 00444	Ejecutivo Singular	BANCOLOMBIA S.A.	LUILLER GILDARDO ROMO SANCHEZ	Auto inadmite demanda CONCEDE 5 DIAS PARA SUBSANAR	27/05/2021		

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ART. 295 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO Y PARA NOTIFICAR A LAS PARTES DE LAS ANTERIORES DECISIONES, EN LA FECHA 28/05/2021 , SE FIJA EL PRESENTE ESTADO POR EL TERMINO LEGAL DE UN DIA SE DESFIJA EN LA MISMA A LAS 5:00 P.M.

CAROLIZ ZABALA PALADINEZ
SECRETARIO

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	HERNÁN GÓMEZ OSORIO
DEMANDADO	MARTÍN HUERCOS Y LUZ YAMILE BERMÚDEZ NUÑEZ
RADICADO	41001 4003 010 2006 00791 00

En lo atinente a la medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 10 del C.G.P., se accederá a la misma, únicamente contra la señora LUZ YAMILE BERMÚDEZ NUÑEZ, pues en auto de 19 de diciembre de 2007 se aceptó el desistimiento de las pretensiones en contra del señor MARTÍN HUERCOS.

En mérito de lo expuesto, este despacho judicial, **DISPONE:**

1.DECRETAR el Embargo y Retención de las sumas de dineros depositados en cuentas Corrientes, de Ahorro, CDT o cualquier otro título bancario o financiero que posea la demandada **LUZ YAMILE BERMÚDEZ NUÑEZ** con C.C 36.175.475, en las entidades bancarias tales como:

BANCO PICHINCHA, BANCOLOMBIA, BANCO DE OCCIDENTE, BANCO BBVA, BANCO AV VILLAS, BANCO COLPATRIA, BANCO DAVIVIENDA, BANCO POPULAR, BANCO FALABELLA, BANCO DE BOGOTÁ y BANCO CAJA SOCIAL.

- Ofíciese a la citadas entidades, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **SEIS MILLONES CIEN MIL PESOS ($6.100.000.oo M/Cte)**.

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

NOM.

Neiva (H.), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MINIMA CUANTIA
DEMANDANTE	ARIEL RODRIGUEZ LOZANO- CESIONARIA: LEDIS MARIA COA SANCHEZ
DEMANDADO	MIGUEL HUMBERTO ESTRADA POMARES, BLADIMIR ESTRADA LOPEZ
RADICADO	**41 001 4003 010-2008-00551-00**

El veintiocho (28) de diciembre de 2020, ante y de manera presencial se llevó a cabo por parte de la NOTARIA SEGUNDA (2ª) DE SOLEDAD (ATL), debidamente comisionada para tal fin la diligencia de remate del bien a saber: *"(…), Lote No 4 Bloque P-2 de la Urbanización Soledad 2000 jurisdicción del municipio de Soledad (Atl), situado en la acera sur de la Carrera 13 A1 entre las calles 48 y 49, cuyas medidas y linderos son:* ***Norte:*** *6.00 mts Carrera 13 A1 en medio con el Lote 29 del Bloque P-1 de la misma urbanización de propiedad de PREVISION SOCIAL S.A.* ***Sur:*** *6.00 mts con el Lote No 29 del Bloque P – 2 de propiedad de PREVISOCIAL S.A.* ***Este:*** *14.00 mts con el Lote 5 del Bloque P – 2 de propiedad PREVISON SOCIAL.* ***Oeste:*** *14,00 mts con el Lote No 3 del Bloque P – 2 de propiedad de PREVISON SOCIAL. Casa distinguida con el No 48 – 77 de la Carrera 13 A1 con folio de matrícula inmobiliaria No 041-32749, Antes 040-123143, CODIGO CATASTRAL 08758010400000608000400000000, CODIGO CATASTRAL ANTERIOR 0875801040608000400 0 de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Soledad (Atl), de propiedad del demandado MIGUEL HUMBERTO ESTRADA POMARES CC No 7.482.965, quien había adquirido mediante la Escritura Pública No 3024 del 09/09/1983 de la Notaría Unica de Soledad (Atl) de PREFABRICADOS Y VIVIENDA SOCIAL S.A PREVISOCIAL S.A (…)".*

Revisado el expediente se verifica que la publicación del aviso de remate fue realizada el 0**6 de diciembre de 2020**, en el diario EL HERALDO de Barranquilla y Emisora MADRIGAL 88.1 FM ESTEREO de Soledad (Atl), con una antelación no menor a los diez (10) días, encontrándose adecuadas las publicaciones a lo normado en el Art. 450 del C.G. del P.

En el desarrollo de la audiencia de remate, el apoderado especial para la misma de la parte demandante Cesionaria del crédito que aquí se ejecuta LEDIS MARIA COA SANCHEZ CC No 32.656.046, Dr. Neis Enrique Martínez Herrera debidamente identificado en la diligencia con anterioridad, presentó a favor de la actora la única oferta por ser postor por cuenta del crédito a través de sobre cerrado, por la suma de **VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MONEDA CORRIENTE ($28.407.750,00 M/CTE)**, valor correspondiente al 70% del avalúo y postura admisible**,** sin necesidad de consignación del 40% del avalúo, por ser rematante se reitera por cuenta del crédito, razón

por la cual le fue **ADJUDICADO** a la demandante Cesionaria **LEDIS MARIA COA SANCHEZ CC No 32.656.046**, el bien inmueble antes descrito y objeto de almoneda.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la rematante y adjudicataria allegó constancia de consignación del faltante para completar el valor de la base para hacer postura del 70% del avalúo **($28.407.750) M/Cte.**, en atención a que la liquidación del crédito y por el que remató, asciende a la suma de $19.123.781,63 es decir la suma de **NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.870.000.00) M/Cte.**, correspondiendo al número de título judicial No 439050001024438, además comprobante de transacción por la suma de **UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL PESOS ($1.424.000.00) M/Cte.**, realizada el **29 de diciembre del 2020** por concepto del 5% del valor del remate conforme el artículo 12 de la Ley 1743 de 2014, Convenio 13477 efectuada en el **BANCO AGRARIO DE COLOMBIA,** adecuándose la consignación al presupuesto normativo contenido en el Art. 453 del Código General del Proceso.

Finalmente, se dispondrá que el dinero consignado como excedente de la liquidación del crédito y para completar el 70% del avalúo del bien rematado, título judicial No 439050001024438, por la suma de **NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.870.000.00) M/Cte.**, sea objeto de pago al demandado a quien se le remató el bien inmueble ya descrito MIGUEL HUMBERTO ESTRADA POMARES CC No 7.482.965 y en virtud a que el rematante fue la demandante Cesionaria **LEDIS MARIA COA SANCHEZ CC 32.656.046** por cuenta del crédito aquí ejecutado, no es menester, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 455 del C.G.P numeral 7, ordenar reserva alguna de dinero del producto del remate, para el pago de impuestos, servicios públicos, cuotas de administración, entre otros que se causen hasta la entrega del bien rematado.

Así las cosas, como en el presente caso se cumplen las formalidades exigidas por la Ley para la realización del remate del bien inmueble a través de comisionado y la rematante cumplió con la obligación de pagar el impuesto, el Despacho considera jurídico impartirle aprobación al mismo de conformidad con el artículo 455 del C.G. del P.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva (H);

D I S P O N E:

PRIMERO: **APROBAR** en todas sus partes la diligencia de remate del bien inmueble realizada el veintiocho (28) de diciembre de 2020, ante y de manera presencial por parte de la NOTARIA SEGUNDA (2ª) DE SOLEDAD (ATL), debidamente comisionada para tal fin, respecto del bien a saber: *"(…), Lote No 4 Bloque P-2 de la Urbanización Soledad 2000*

jurisdicción del municipio de Soledad (Atl), situado en la acera sur de la Carrera 13 A1 entre las calles 48 y 49, cuyas medidas y linderos son: ***Norte:*** *6.00 mts Carrera 13 A1 en medio con el Lote 29 del Bloque P-1 de la misma urbanización de propiedad de PREVISION SOCIAL S.A.* ***Sur:*** *6.00 mts con el Lote No 29 del Bloque P – 2 de propiedad de PREVISOCIAL S.A.* ***Este:*** *14.00 mts con el Lote 5 del Bloque P – 2 de propiedad PREVISON SOCIAL.* ***Oeste:*** *14,00 mts con el Lote No 3 del Bloque P – 2 de propiedad de PREVISON SOCIAL. Casa distinguida con el No 48 – 77 de la Carrera 13 A1 con folio de matrícula inmobiliaria No 041-32749, Antes 040-123143, CODIGO CATASTRAL 087580104000006080004000000000, CODIGO CATASTRAL ANTERIOR 08758010406080004000 de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Soledad (Atl), de propiedad del demandado MIGUEL HUMBERTO ESTRADA POMARES CC No 7.482.965, quien había adquirido mediante la Escritura Pública No 3024 del 09/09/1983 de la Notaría Unica de Soledad (Atl) de PREFABRICADOS Y VIVIENDA SOCIAL S.A PREVISOCIAL S.A (…)",* mediante la cual le fue **ADJUDICADO** a la demandante Cesionaria **LEDIS MARIA COA SANCHEZ** CC No 32.656.046 el bien inmueble en su totalidad y objeto de almoneda.

SEGUNDO: LEVANTAR el embargo y secuestro que pesa sobre el bien inmueble con folio de matrícula inmobiliaria No 041-32749, Antes 040-123143 de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Soledad (Atl), rematado y descrito en el numeral primero que pertenecía al demandado MIGUEL HUMBERTO ESTRADA POMARES CC No 7.482.965 con ocasión del remate, quien había adquirido mediante la Escritura Pública No 3024 del 09/09/1983 de la Notaría Unica de Soledad (Atl) de PREFABRICADOS Y VIVIENDA SOCIAL S.A PREVISOCIAL S.A, comunicado con el oficio 1125 del 28/07/2008 por parte del JUZGADO DECIMO CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA, para lo cual se advierte que anteriormente fungía ésta agencia judicial bajo esa denominación.

TERCERO: CANCELAR los gravámenes que afecten el bien inmueble con folio de **Matrícula Inmobiliaria No. 041-32749**, Antes 040-123143, rematado. Ofíciese a donde corresponda.

CUARTO: INSCRIBIR el remate y este proveído en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Soledad (Atl).

QUINTO: SIN LUGAR a hacer reserva alguna de provisión de dinero, por lo aquí expuesto.

SEXTO: EXPEDIR al rematante copias del acta de remate y de este proveído para que registrados y protocolizados le sirvan como título de propiedad, las que deberán ser protocolizadas en una de las notarías de su elección, cuya copia de la escritura deberá ser remitida a costas del ejecutante al expediente.

SEPTIMO: REQUERIR a la rematante y adjudicataria del bien **LEDIS MARIA COA SANCHEZ** CC No 32.656.046 para que informe al juzgado y para el presente proceso, la NOTARÍA de

su interés para efecto de protocolización del remate que con la presente providencia se aprueba, con el fin que suministre la dirección electrónica de la misma a fin de remitir vía correo electrónico las diligencias para el fin indicado (Protocolización y posterior registro), por lo anteriormente expuesto.

OCTAVO: ORDENAR que el título judicial **No. 439050001024438**, por la suma de **NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.870.000,00) M/Cte.**, sea objeto de pago al demandado a quien se le remató el bien inmueble ya descrito, señor MIGUEL HUMBERTO ESTRADA POMARES CC No 7.482.965.

NOVENO: ORDENAR al secuestre RAUL FRANCISCO GARCES JAIMES CC No 72.172.652 de Barranquilla (Calle 41 No 19 – 95 Barranquilla, Tel 345-0135 y 346-2361), hacer entrega del con folio de matrícula inmobiliaria No 041-32749, Antes 040-123143 debidamente descrito a la rematante LEDIS MARIA COA SANCHEZ CC No 32.656.046 y rinda cuentas comprobadas de la administración, dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de la comunicación que le sea enviada. Ofíciese.

DECIMO: ORDENAR que por secretaría se remita el presente proveído, al correo electrónico de la apoderada demandante (contactogrupogece.com), para todos los efectos legales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	OCTAVIO RAMIREZ MAYORGA
DEMANDADO	YOLANDA PELAEZ HURTADO
RADICADO	**41001 4003 010 2009 00707 00**

ASUNTO:

En lo atinente a la medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 10 del C.G.P., se accederá a la misma.

En mérito de lo expuesto, este despacho judicial, **DISPONE:**

1.DECRETAR el Embargo y Retención de las sumas de dineros depositados en cuentas de Corrientes, de Ahorro, CDT o cualquier otro título bancario o financiero que posea la demandada **YOLANDA PELAEZ HURTADO** con CC 1.082.803.735, en las entidades bancarias tales como:

BANCOLOMBIA, BANCO BCSC, BANCO DAVIVIENDA, BANCO BBVA, BANCO AGRARIO DE COLOMBIA, BANCO DE OCCIDENTE, BANCO DE BOGOTÁ, BANCO COLPATRIA, BANCO POPULAR, BANCO AV-VILLAS, BANCOOMEVA, BANCO PICHINCHA, BANCO SUDAMERIS, COOPERATIVA ULTRAHUILCA, COOPERATIVA COFACENEIVA, COOPERATIVA COONFIE Y COOPERATIVA COFISAM

- Ofíciese a la citadas entidades, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000.oo M/Cte)**.

2. **DECRETAR** el registro y embargo posterior secuestro del establecimiento de comercio denominado ESSENCIAL COLOMBIA, con número de matrícula 333057, denunciado como de propiedad de la demandada **YOLANDA PELAEZ HURTADO** con CC 1.082.803.735. Líbrese el oficio respectivo a la Cámara de Comercio de esta ciudad.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO DAVIVIENDA SA
DEMANDADO	ROSA VILMA GUZMÁN FERNANDEZ
RADICADO	41001 4003 010 2010 00509 00

En lo atinente a la medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 10 del C.G.P., se accederá a la misma.

En mérito de lo expuesto, este despacho judicial, **DISPONE:**

1.DECRETAR el Embargo y Retención de las sumas de dineros depositados en cuentas Corrientes, de Ahorro, CDT o cualquier otro título bancario o financiero que posea la demandada **ROSA VILMA GUZMÁN FERNANDEZ** con C.C 26.477.149, en las entidades bancarias tales como:

BANCO W SAS

- Ofíciese a la citada entidad, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **CATORCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($14.250.000 M/Cte)**.

2. REQUERIR al apoderado actor para que aporte canal digital al que se pueda librar el oficio de medida cautelar, de conformidad con el art. 11del Decreto 806 de 2020.

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

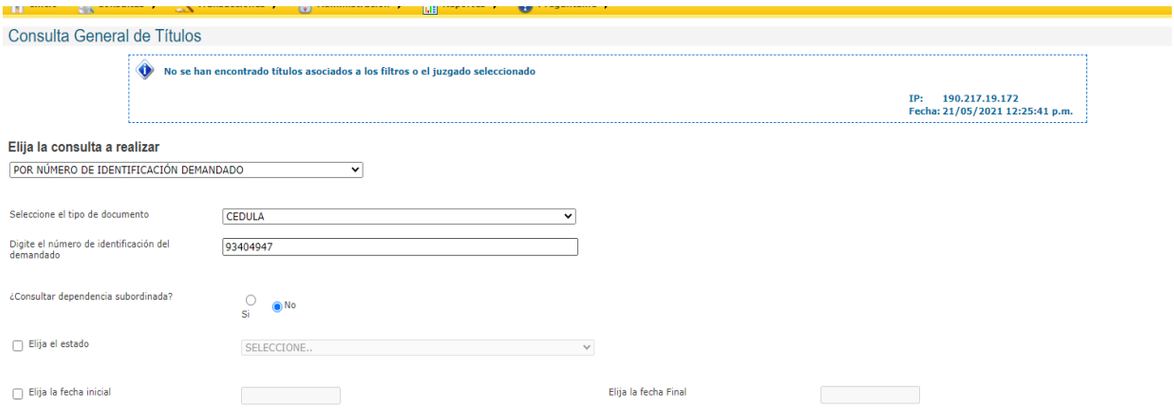
NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	DIANA LORENA CERQUERA NASAYO
DEMANDADO	JOSÉ FREDY DIAZ CAMAYO
RADICADO	41001 4003 010 2011 00251 00



En atención a la solicitud del Juzgado Primero Civil Municipal de Neiva, en oficio 1063 de 14 de 2021, y ante la consulta aquí generada, el Juzgado **DISPONE:**

OFICIAR al Juzgado Primero Civil Municipal de Neiva indicando que a la fecha no es posible dejar a su disposición los bienes aquí embargados para el proceso que cursa allí bajo el radicado No. 41001-40-03-001-2012-00362-00, pues a la fecha el presente proceso no ha terminado y tampoco hay depósitos judiciales aún.
-Líbrese el respectivo oficio.

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA
DEMANDANTE	COOPERATIVA COONFIE LTDA
DEMANDADO	HERMENCIA GUTIERREZ SANDOVAL Y OTRO
RADICADO	**410014003 010 2011 00405 00**

PÓNGASE en conocimiento de la parte interesada el oficio allegado por el pagador, en respuesta al requerimiento realizado en auto de 30 de enero de 2020, sobre el acatamiento de la medida cautelar.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.



EMCO SALUD

1

Neiva, 22 de mayo de 2021

Señores:
JUZGADO SEPTIMO MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE NEIVA – HUILA
E.S.D.

OFICIO No. 282

Referencia:	**EJECUTIVO SINGULAR**
Demandante:	**COOPERATIVA COONFIE**
Demandado:	**HERMENCIA GUTIERREZ SANDOVAL Y JOHANA MARIA DAVID GARCIA**
Rad:	41001400301020110040500

Cordial saludo,

En atención al oficio de la referencia y dando alcance a su solicitud, me permito manifestarle que la medida de embargo sobre la quinta parte que exceda el salario mínimo devengado por la demandada **HERMENCIA GUTIERREZ SANDOVAL C.C. 36.300.307**, ordenado por su despacho, me permito informar que no es posible tomar nota, en razón a que la demandada tiene vigente un embargo ordenado por el Juzgado Primero Civil Municipal de Neiva, bajo el radicado No. 41001400300120150064100, desde el mes de septiembre de 2018.

Sin otro particular

Atentamente

DIEGO ANDRES CABRERA RAMOS
Secretario General

1 de 1

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	YOLANDA NOREÑA REINA
DEMANDADO	PILAR PATRICIA RONCANCIO GUERRERO y QUILIAN ALONSO BOLIVAR GARCÍA
RADICADO	**41001 4023 010 2011 00626 00**

Visto el oficio 1491 de 30 de noviembre de 2020 por medio del cual el Juzgado Cuarto de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Ibagué, comunica la medida cautelar por ellos decretada dentro del proceso con radicado 2019-00554, relativa a embargo de remanente de los bienes y/o dineros que se llegaren a desembargar en el presente asunto, seria del caso tomar nota de ella de no ser porque ya existe otro embargo de remanente del Juzgado Séptimo Civil Municipal de Neiva con oficio 28 de 14 de enero de 2014, el cual para ese momento tomó nota el Juzgado Segundo Civil de Ejecución Municipal de Neiva en auto de 27 de noviembre de 2013.

Por ello este despacho **NO TOMA NOTA** de la medida de embargo de remanente solicitada por el Juzgado Cuarto de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Ibagué.

Por otra parte, en memorial posterior, allegado por el apoderado de la parte demandante solicita como medida cautelar, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 9º y 466 del C.G.P., el Juzgado ACCEDE a la misma y **DISPONE**:

DECRETAR el embargo y Retención del **REMANENTE** y/o de los dineros que se llegaren a desembargar al demandado **QUILIAN ALONSO BOLIVAR GARCÍA** con C.C. 79.136.534, dentro del proceso Ejecutivo Singular que adelanta MELBA JULIETH CALLEJAS HURTADO en su contra y que cursa en el Juzgado Cuarto de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Ibagué radicado bajo el No. 73001-41-89-004-2019-00554-00.

-Líbrense los oficios correspondientes.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MENOR CUANTIA
DEMANDANTE	COONFIE LTDA
DEMANDADO	MARTHA ISABEL GÓNZALEZ DE GARCÍA
RADICADO	41001 4003 010 2012 00322 00

En virtud del memorial allegado el 22 de abril de 2021 y sus anexos, el Juzgado dispone tener como avalúo del inmueble debidamente embargado y secuestrado identificado con folio de matrícula inmobiliaria No. 204-4637 de propiedad de la demandada, conforme lo ordenado en el numeral 4to del artículo 444 del Código General Proceso, para el presente año el del avalúo catastral por $60.756.000, incrementado en un 50%, para un total de avalúo por la suma de **$91.134.000 M/CTE**

Asi las cosas**, CÓRRASE TRASLADO** del avalúo del referido inmueble por valor de **$91.134.000 M/CTE** por el término de 10 días para los efectos indicados en el numeral 2° Ídem, es decir, para que los interesados presenten sus observaciones.

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

NOM.

RADICACIÓN 2012-332 EJECUTIVO DE COONFIE vs. MARTHA ISABEL GONZÁLEZ G.

JORGE ENRIQUE MENDEZ <jorgemendezabogado@gmail.com>

Jue 22/04/2021 8:01

Para: Juzgado 10 Civil Municipal - Huila - Neiva <cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

2 archivos adjuntos (449 KB)

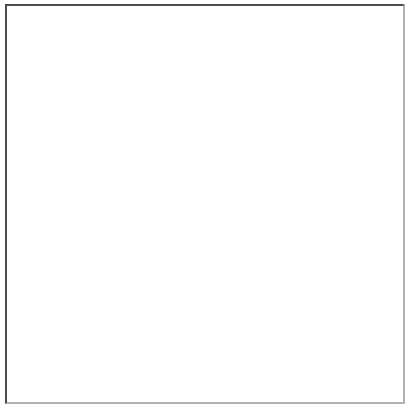
MEMORIAL APORTANDO AVALÚO.pdf; CERTIFICADO DE AVALÚO PREDIAL.pdf;

Cordial saludo

Comedidamente me permito remitir memorial y archivo adjunto para su trámite correspondiente.

Atentamente

JORGE ENRIQUE MÉNDEZ
C.C.17.653.804 de Florencia.
T.P. 130.250 del C.S.J.



REPUBLICA DE COLOMBIA VIGENCIA 2021

DEPARTAMENTO DE HUILA Nro. 10

MUNICIPIO DE LA PLATA

LA SECRETARIA DE HACIENDA

CERTIFICA QUE:

MARTHA ISABEL GONZALEZ GARCIA Identificado(a) Con Cédula de Ciudadanía Número 24315553 Aparece Inscrito en el catastro vigente de este municipio Como Propietario del Predio:

Número Catastral : 01-02-0048-0026-000

Código Igac : 41-39-6010-2000-000-48-00-2600-0000-000

Propietario : MARTHA ISABEL GONZALEZ GARCIA

Sector : URBANO

Dirección : K 5E 1 156

Avalúo : $60,756,000.

Area : 0 Hectáreas y 492 m2

Area construida : 0 m2

Expedido en LA PLATA a los 20 Días del mes de Abril del 2021

SAHIRA PIEDAD VALENCIA CUELLAR

Secretaria de Hacienda Municipal

Elaboro: ALAIN

Señora
JUEZ SEPTIMA DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA
E. S. D.

Referencia: Proceso Ejecutivo Singular
Demandante: **COONFIE LTDA.**
Contra: **MARTHA ISABEL GONZÁLEZ**
Radicación No.: **2012-322**

En mi condición de apoderado Judicial de la parte actora, con el debido respeto me permito remitir el avalúo predial del bien embargado y secuestrado, debidamente actualizado a la vigencia 2021.

Lo anterior para proceder con la fijación de fecha y hora para el remate del predio en mención.

De igual manera solicito a su señoría se ordene la entrega de los títulos de depósito Judicial existentes a órdenes del proceso, a favor de COONFIE.

De usted,



JORGE ENRIQUE MÉNDEZ
C.C. No. 17’653.804 de Florencia (C)
T.P. No. 130.250 del Consejo Superior de Judicatura

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	ADEINCO SA
DEMANDADO	YIRLANDY LUCUARA CAICEDO y LEIDY JOHANA REYES SÁNCHEZ
RADICADO	41001 4003 010 2012 00716 00

ASUNTO:

En lo atinente a la medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 10 del C.G.P., se accederá a la misma.

En mérito de lo expuesto, este Despacho judicial, **DISPONE:**

1. DECRETAR el embargo y retención de la quinta (5ª) parte que exceda el salario mínimo legal mensual vigente que devenga la demandada **LEIDY JOHANA REYES SÁNCHEZ** con C.C. 26.430.662 como empleada de APUESTAS NACIONALES DE COLOMBIA, o de hasta el 30% de los honorarios , sin que afecte el salario mínimo, que reciba en caso de ser contratista.

- Ofíciese al respectivo pagador, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS ($18.000.000 M/Cte)**.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCOLOMBIA SA
DEMANDADO	MEDARDO DUSSÁN PASCUAS
RADICADO	41001 4003 010 2017 00010 00

Ante la solicitud del apoderado actor, relativa al envío de oficios de medida cautelar decretada en auto de 11 de noviembre de 2020, **PÓNGASE** en conocimiento pantallazo del envío de los oficios de medida cautelar remitidos el 12 de noviembre de 2020.



(Acuerdo PCSJA19-11212 del 12 de febrero de 2019)

A.M.

Neiva, 11 noviembre de 2020.
Oficio No. 2017-00010/1959

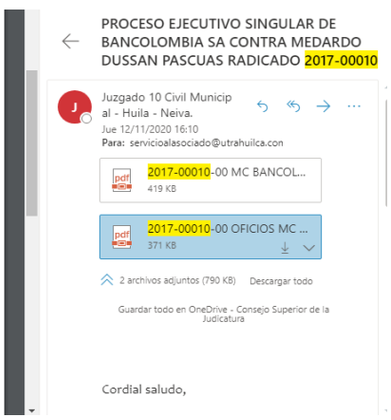
Señores:
GERENTE
COOPERATIVA COONFIE Y UTRAHUILCA
Neiva - Huila.

REFERENCIA: Ejecutivo Singular Menor Cuantía instaurada por **BANCOLOMBIA S.A.**, identificado con Nit. Nº 890.903.938-8 en contra de **MEDARDO DUSSAN PASCUAS** identificado con C.C. Nº 7.716.152.

Radicación: 41001-40-03-010-**2017-00010**-00. **Al contestar citar este número.**

Comedidamente le notifico la providencia adoptada por esta agencia judicial, en la cual se resolvió:

"**DECRETAR el** embargo y retención de los dineros en cuentas corrientes, de ahorros y CDT y demás emolumentos que reciba o llegare a recibir el demandado **MEDARDO DUSSAN PASCUAS** identificado con C.C. Nº



PROCESO EJECUTIVO SINGULAR DE BANCOLOMBIA SA CONTRA MEDARDO DUSSAN PASCUAS RADICADO 2017-00010

Juzgado 10 Civil Municip al - Huila - Neiva.
Jue 12/11/2020 16:10
Para: servicioalasociado@utrahuilca.con

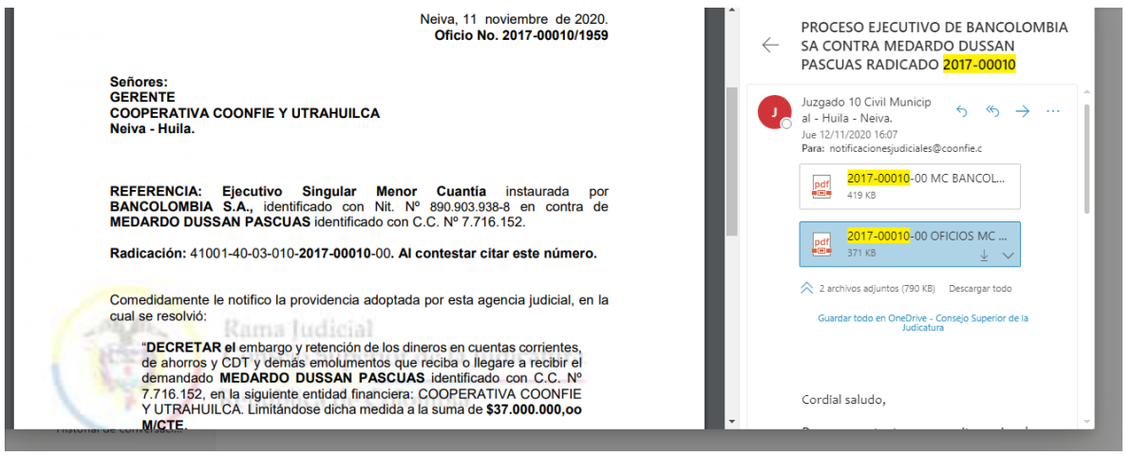
2017-00010-00 MC BANCOL... 419 KB

2017-00010-00 OFICIOS MC ... 371 KB

2 archivos adjuntos (790 KB) Descargar todo

Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Cordial saludo,



Neiva, 11 noviembre de 2020.
Oficio No. 2017-00010/1959

Señores:
GERENTE
COOPERATIVA COONFIE Y UTRAHUILCA
Neiva - Huila.

REFERENCIA: Ejecutivo Singular Menor Cuantía instaurada por **BANCOLOMBIA S.A.**, identificado con Nit. Nº 890.903.938-8 en contra de **MEDARDO DUSSAN PASCUAS** identificado con C.C. Nº 7.716.152.

Radicación: 41001-40-03-010-**2017-00010**-00. **Al contestar citar este número.**

Comedidamente le notifico la providencia adoptada por esta agencia judicial, en la cual se resolvió:

"**DECRETAR el** embargo y retención de los dineros en cuentas corrientes, de ahorros y CDT y demás emolumentos que reciba o llegare a recibir el demandado **MEDARDO DUSSAN PASCUAS** identificado con C.C. Nº 7.716.152, en la siguiente entidad financiera: COOPERATIVA COONFIE Y UTRAHUILCA. Limitándose dicha medida a la suma de **$37.000.000,oo M/CTE**.

PROCESO EJECUTIVO DE BANCOLOMBIA SA CONTRA MEDARDO DUSSAN PASCUAS RADICADO 2017-00010

Juzgado 10 Civil Municip al - Huila - Neiva.
Jue 12/11/2020 16:07
Para: notificacionesjudiciales@coonfie.c

2017-00010-00 MC BANCOL... 419 KB

2017-00010-00 OFICIOS MC ... 371 KB

2 archivos adjuntos (790 KB) Descargar todo

Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Cordial saludo,

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO HIPOTECARIO - MENOR CUANTÍA
DEMANDANTE	BANCOLOMBIA SA
DEMANDADO	LUIS MIGUEL MANTILLA TRUJILLO
RADICADO	**41001 4003 010 2017 00164 00**

Visto el memorial allegado por la parte demandante en memorial que precede por medio del cual allegó avalúo, el Despacho se **ABSTIENE** de correr traslado del mismo, como quiera que dentro del proceso no obra la diligencia de secuestro del inmueble con folio de matrícula inmobiliaria No. 200-237852, tal como lo establece el art. 444 CGP, pues no se ha recibido respuesta de haber sido practicada la diligencia por parte de la Alcaldía Municipal producto del Despacho Comisorio No. 25 de 13 de febrero de 2020, ordenado en auto de la misma fecha.

Así, se **REQUIERE** a la parte demandante para que aporte copia del radicación del Despacho Comisorio No. 25 de 13 de febrero de 2020, ante la Alcaldía de Neiva y con ello poder proceder al requerimiento respectivo ante la entidad territorial.

Por otra parte, ante el oficio 1236 de 20 de agosto de 2020 por medio del cual el Juzgado Tercero de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, el juzgado **TOMA NOTA** del embargo del REMANENTE de los bienes que por cualquier causa se llegaren a desembargar al demandado LUIS MIGUEL MANTILLA TRUJILLO con C.C. 7.725.044 dentro del proceso que nos ocupa, peticionado por el Juzgado Tercero de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, dentro del proceso seguido en su contra por CONDOMINIO ENCENILLO RESERVADO, radicado al No. 41001 4189 003 2020 00425 00.

-Por secretaría, líbrese el correspondiente oficio.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo Prendario de Mínima Cuantía*	
Demandante	BANCO DE BOGOTA S.A.	8600029644
	FONDO REGIONAL DE GARANTIAS DEL TOLIMA S.A.	8090031078
Demandado	ORLANDO GASCA TELLEZ	12189521
Radicación	*410014003010_2017-00186_00*	

Evidenciando el escrito de poder aportado por *CENTRAL DE INVERSIONES CISA*, el Despacho se abstiene de reconocer personería adjetiva, toda vez que el(a) citado(a) entidad carece de legitimación para actuar dentro de las presentes diligencias.

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de la anterior liquidación del crédito, el Despacho obrando conforme a lo previsto en el artículo446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	BANCO MUNDO MUJER S.A.	9007689338
Demandado	JOLMER VARGAS TRUJILLO	7702125
	CRISTINA LOAIZA CABRERA	55155821
Radicación	*41-001-40-03-010_2017-00397_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de las anteriores liquidaciones del crédito y costas, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Menor Cuantía*	
Demandante	NURY JACQUELINE CUESTAS SANCHEZ	51788368
Demandado	JHON JAIRO ALARCON SUAREZ	12130273
Radicación	*410014003010_2017-00406_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de la anterior liquidación del crédito, el Despacho obrando conforme a lo previsto en el artículo446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	ABIGAIL MDINA DE MOSQUERA
DEMANDADO	SUSANA LAVAO DUSSÁN
RADICADO	**41001 4003 010 2017 00495 00**

En lo atinente a la medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num.1, 9º y 466 del C.G.P., se accederá a la misma.

Por lo expuesto, el Juzgado **DISPONE:**

1. DECRETAR el embargo y Retención del **REMANENTE** y/o de los dineros y/o bienes que se llegaren a desembargar a la demandada **SUSANA LAVAO DUSSÁN** con C.C. 26.535.407, dentro del proceso que adelanta GUILLERMO ALARCÓN CABRERA en su contra y que cursa en el Juzgado Primero Civil Municipal de Neiva radicado bajo el No. 2017-00295.
-Líbrese el oficio correspondiente.

2. DECRETAR el embargo y posterior secuestro del vehículo tipo automotor de **Placa KLX165**, denunciado como de propiedad de la demandada **SUSANA LAVAO DUSSÁN** con C.C. 26.535.407.

Ofíciese a la Secretaría de Tránsito y Transporte de Palermo, para que se tome nota de la medida si a ello hubiere lugar.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	AILEEN DAYANA TOVAR SALINAS	1075304916
Demandado	LUIS AUGUSTO BONILLA RAMOS	7686870
Radicación	*41-001-40-03-010_2017-00708_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de las anteriores liquidaciones del crédito y costas, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	*ALEXANDER MORA FIERRO*	*7691075*
Demandado	*TERESA BOTACHE CAPERA*	*36161908*
	OLIMPO GALLO	*12253014*
Radicación	*41-001-40-03-010_2017-00777_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de las anteriores liquidaciones del crédito y costas, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	FABIO GERMAN RODRIGUEZ CARDOZO	1075213453
Demandado	EDGAR ALBERTO QUINTERO MORALES	1075228456
Radicación	*41-001-40-03-010_2018-00079_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de las anteriores liquidaciones del crédito y costas, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Neiva (Huila), Veintisiete (27) de Mayo de dos mil Veintiuno (2021)

Radicación	41001-40-03-010_ 2018 – 00210_00
Proceso	EJECUTIVO SINGULAR
Demandante(s)	YOLANDA PENAGOS DE GARRIDO
Demandado(s)	ROSA ELENA HERNANDEZ LUGO

Evidenciando el memorial precedente, reconózcase personería adjetiva a la Abogada **JENNY PAOLA OLARTE GOMEZ** identificada con la C.C. 1.083.889.916 y T.P. 229.537 del Consejo Superior de la Judicatura, para actuar en el presente proceso como apoderada de la demandante **YOLANDA PENAGOS DE GARRIDO** en la forma y términos indicados en el escrito que otorga poder anexo, aceptándose en consecuencia la revocatoria al mandato conferido inicialmente al abogado **EITEL TUPAC BONILLA RAMIREZ** conforme a lo dispuesto en el artículo 76 del Código General del Proceso.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email. cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MENOR CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO DAVIVIENDA SA
DEMANDADO	ALBERTO TOVAR MORENO
RADICADO	**41001 4003 010 2018 00223 00**

ASUNTO:

En lo atinente a la medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 10 del C.G.P., se accederá a la misma.

En mérito de lo expuesto, este despacho judicial, **DISPONE:**

1.DECRETAR el Embargo y Retención de las sumas de dineros depositados en cuentas Corrientes, de Ahorro, CDT o cualquier otro título bancario o financiero que posea la demandada **ALBERTO TOVAR MORENO** con CC 7.726.618, en las entidades bancarias tales como:

COOPERATIVA ULTRAHUILCA, COOPERATIVA COONFIE Y COOPERATIVA COFISAM

- Ofíciese a la citadas entidades, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **CINCUENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS ($54.000.000.oo M/Cte)**.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

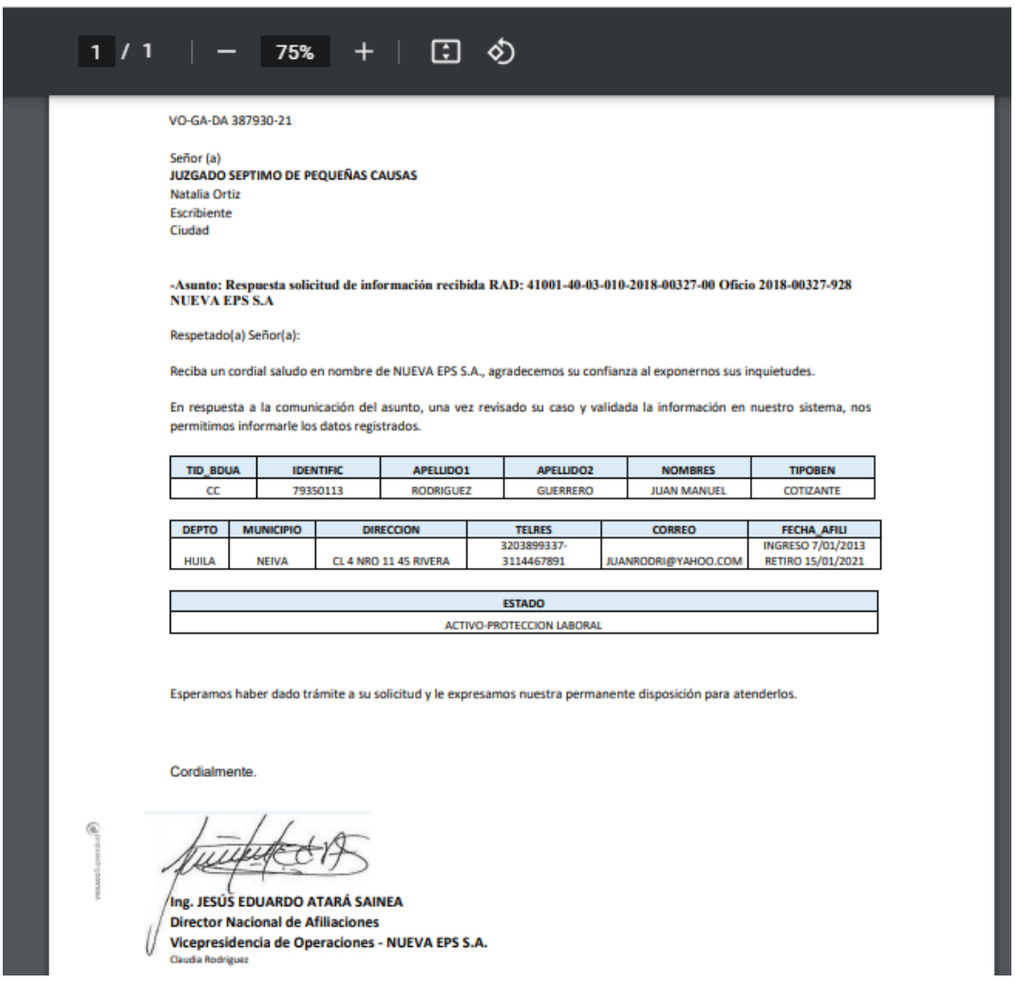
Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA
DEMANDANTE	BANCO PICHINCHA
DEMANDADO	JUAN MANUEL RODRIGUEZ GUERRERO
RADICADO	**410014003 010 2018 00327 00**

PÓNGASE en conocimiento de la parte interesada la respuesta allegada por NUEVA EPS, respecto a obtener datos de ubicación del aquí demandado.



1 / 1 — 75%

VO-GA-DA 387930-21

Señor (a)
JUZGADO SEPTIMO DE PEQUEÑAS CAUSAS
Natalia Ortiz
Escribiente
Ciudad

-Asunto: Respuesta solicitud de información recibida RAD: 41001-40-03-010-2018-00327-00 Oficio 2018-00327-928 NUEVA EPS S.A

Respetado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo en nombre de NUEVA EPS S.A., agradecemos su confianza al exponernos sus inquietudes.

En respuesta a la comunicación del asunto, una vez revisado su caso y validada la información en nuestro sistema, nos permitimos informarle los datos registrados.

TID_BDUA	IDENTIFIC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRES	TIPOBEN
CC	79350113	RODRIGUEZ	GUERRERO	JUAN MANUEL	COTIZANTE

DEPTO	MUNICIPIO	DIRECCION	TELRES	CORREO	FECHA_AFILI
HUILA	NEIVA	CL 4 NRO 11 45 RIVERA	3203899337-3114467891	JUANRODRI@YAHOO.COM	INGRESO 7/01/2013 RETIRO 15/01/2021

ESTADO
ACTIVO-PROTECCION LABORAL

Esperamos haber dado trámite a su solicitud y le expresamos nuestra permanente disposición para atenderlos.

Cordialmente.

Ing. JESÚS EDUARDO ATARÁ SAINEA
Director Nacional de Afiliaciones
Vicepresidencia de Operaciones - NUEVA EPS S.A.
Claudia Rodriguez

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	COMFAMILIAR DEL HUILA	8911800082
Demandado	ANA FLOR SALAZAR TOBAR	36166554
Radicación	*410014003010_2018-00346_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de las anteriores liquidaciones del crédito y costas, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	*TRANSPORTES DEL HUILA S.A.*	*8130041471*
Demandado	*SERVICIOS INTEGRADOS DE LOGISTICA LTDA*	*9003109775*
Radicación	*410014003010_2018-00426_00*	

Dentro de la oportunidad legal, procede el despacho a definir si la liquidación del crédito presentada por la parte demandante, en contraste con aquella realizada por la Contadora del Tribunal Superior de esta localidad, resulta ser objeto de aprobación o modificación, de conformidad con el artículo 446 numeral 3° del Código de General del Proceso, perspectiva donde se observa que la aportada por el extremo actor, se realizó desconociendo el mandamiento de pago y las reglas contentivas en el artículo 884 del Código de Comercio, por cuanto el valor por concepto de capital no corresponde al ordenado en el mandamiento de pago.

En estas condiciones, sin necesidad de ahondar más en el asunto y como quiera que se probó que el demandante cometió un error en su trabajo de liquidación, el despacho de oficio modifica la liquidación del crédito la cual se concreta en la suma real de **$6.899.421,00 *Mcte***, a cargo de la parte demandada.

De otro lado, en tratándose de la liquidación de costas elaborada por secretaría, como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, habrá de impartir su APROBACIÓN

Por lo brevemente expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila,

RESUELVE

PRIMERO.- NO APROBAR la liquidación del crédito presentada por la parte demandante, por las razones anotadas en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO.- Corolario de lo anterior, **MODIFICAR** la liquidación del crédito presentada por el extremo demandante, la cual queda tasada en la suma total de **$6.899.421,00 *Mcte,*** a cargo de la parte demandada.

TERCERO.- APROBAR la liquidación de costas elaborada por secretaria, conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE,



ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Proceso: EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA.

Demandante: ASFAMICOOP.

Demandada: LUIS EDGAR PEREZ.

Radicación: 41-001-40-03-010-**2018-00558**-00

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

Sería el momento para decretar el emplazamiento de la parte demandada de acuerdo a lo pedido por el demandante, sin embargo, pese a que, en el informe de notificación personal allegado al proceso por parte de las empresas de correo, visible a folios 35 del cuaderno uno, se expone la observación de ***"RESIDENTE AUSENTE",*** situación que no enmarcaría en la causal que trata los artículos 291 y siguientes del C.G.P.

De lo anterior, ésta Judicatura ordena **REQUERIR** a la parte demandante para que notifique al extremo demandado conforme a los artículos 291 y S.S. del General del Proceso, por el término de treinta (30) días, so pena de decretar desistimiento tácito, como ordena el artículo 317 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	ASFAMICOOP	9002674272
Demandado	ALFONSO MEDINA SOSA	4507596
Radicación	*41-001-40-03-010_2018-00559_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de las anteriores liquidaciones del crédito y costas, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA
DEMANDANTE	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO
DEMANDADO	JOSÉ HERNÁN PEÑA RUIZ
RADICADO	**410014023 010 2018 00567 00**

Atendiendo el oficio TH 3453 de 13 de mayo de 2021 por medio del cual la ALCALDIA MUNICIPAL, allegado en respuesta al requerimiento del Despacho de 10 de mayo de 2021 para dar cumplimiento a la medida cautelar de embargo de salario del aquí demandado JOSÉ HERNÁN PEÑA RUIZ con CC 7.705.738, solicita límite de embargo de la medida decretada, al respecto el Despacho **DISPONE:**

1.OFICIAR a la ALCALDIA MUNICIPAL indicando que el límite de embargabilidad solicitado en oficio TH 3453 de 13 de mayo de 2021, le fue comunicado en oficio No. 856 de 13 de marzo de 2020, esto es, la suma de $3.957.000 MCTE.

-Líbrense el oficio correspondiente.

2. Respecto a la relación de títulos solicitada **PÓNGASE** en conocimiento la misma, adjunta al presente auto.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

Prosperidad para todos

DATOS DEL DEMANDADO

Tipo Identificación CEDULA DE CIUDADANIA **Número Identificación** 7705738 **Nombre** JOSE HERNAN PENA RUIZ

Número de Títulos 8

Número del Título	Documento Demandante	Nombre	Estado	Fecha Constitución	Fecha de Pago	Valor
439050000936200	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	08/11/2018	NO APLICA	$ 333.102,00
439050000939539	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	05/12/2018	NO APLICA	$ 236.211,00
439050000944035	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	09/01/2019	NO APLICA	$ 245.706,00
439050000947045	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	07/02/2019	NO APLICA	$ 257.266,00
439050000951050	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	08/03/2019	NO APLICA	$ 251.690,00
439050000954591	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	05/04/2019	NO APLICA	$ 211.040,00
439050000958270	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	08/05/2019	NO APLICA	$ 247.897,00
439050000961901	1038767083	MONICA LILIANA ALVAREZ MORENO	IMPRESO ENTREGADO	06/06/2019	NO APLICA	$ 217.088,00

Total Valor $ 2.000.000,00

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	*ORGANIZACIÓN ROA FLORHUILA S.A.*	*8911004456*
Demandado	*LUIS ALFONSO SANCHEZ CASTAÑEDA*	*4950640*
	LUCILA LOZANO ROJAS	*26604135*
Radicación	*41-001-40-03-010_2018-00613_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de las anteriores liquidaciones del crédito y costas, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO MINIMA - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CIELO ESPERANZA MEDINA
DEMANDADO	JHONATHAN VARON RAMÍREZ
RADICADO	41001 4003 010 2018 00685 00

Ante la solicitud del apoderado de la parte demandante por medio de la cual solicita requerir a la entidad para el cumplimiento de medida cautelar por ser procedente, el Juzgado **DISPONE**:

REQUERIR a CLARIANT COLOMBIA S.A.S para que, en respuesta al oficio No. 1062 de julio 01 de 2020 por medio del cual se comunicó el decreto de la medida cautelar de embargo de salario del señor JHONATHAN VARON RAMÍREZ con CC 1.075.239.933, indique el trámite de cumplimiento a la medida cautelar. Líbrese el respectivo oficio.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

RADICADO	41-001-40-03-010-**2018-00948**-00
PROCESO	EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA.
DEMANDANTE(S)	FUNDACIÓN ESCUELA TECNOLOGICA DE NEIVA -"JESUS OVIDIO PEREZ - FET".
DEMANDADO(S)	JOSE ALDEMAR GUEVARA Y MARIA STHEFANIA CUERVO.
FECHA	**27 de mayo de 2021.**

ASUNTO:

Dentro de la oportunidad legal, procede el despacho a definir si la liquidación del crédito presentada por la parte demandante, en contraste con aquella realizada por la Contadora de la Rama Judicial, resulta ser objeto de aprobación o modificación, de conformidad con el artículo 446 numeral 3º del Código de General del Proceso, perspectiva donde se observa que el actor presenta una liquidación con una tasa de interés mensual superiores a la certificada por la Superintendencia Financiera; razón suficiente para ésta Agencia Judicial procederá de oficio a modificar la liquidación del crédito, la cual se concreta en la suma real de ***$2.660.028.oo. MCTE***., a cargo de la parte demandada.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

En cuanto a la liquidación de costas elaborada por la secretaría de esta judicatura, y como quiera que transcurriera en silencio el término de traslado, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, habrá de impartir su APROBACIÓN

De otro lado, en lo atinente a la solicitud de corrección del oficio Nro. 913 de fecha 13 de mayo de 2021; es por ello que, procede éste este Despacho Judicial a proferir nuevo oficio de medida, y, en consecuencia, a dejar sin efecto el oficio Nro. 913, esto de acuerdo a lo establecido 286 del CGP.

Por último, ésta Judicatura ordena la entrega de los depósitos judiciales que se encuentran dentro del presente proceso, una vez quede en firme éste proveído, tal y como lo ordena el artículo 461 del CGP. Igualmente, se insta a la parte actora para que se dirija directamente al Banco Agrario de Colombia S.A., para que retire dichos depósitos judiciales.

Así las cosas, el Juzgado, **Dispone:**

PRIMERO.- NO APROBAR la liquidación del crédito presentada por la parte demandante vista a folio 84 a 90 del cuaderno uno digital, por las razones anotadas en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO.- MODIFICAR la liquidación del crédito presentada por el extremo demandante, la cual queda tasada en la suma total de ***$2.660.028.oo. MCTE,*** a cargo de la parte demandada.

TERCERO.- APROBAR la liquidación de costas elaborada por secretaria, conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso.

CUARTO.- DEJAR SIN EFECTO el oficio Nro. 913 de fecha 13 de mayo de 2021, como quiera que el mismo se encuentra con unos errores involuntarios.

QUINTO.- EXPEDIR nuevo oficio de medida cautelar, esto de acuerdo a lo ordenado en el numeral tercero de la providencia calendada el 13 de mayo de 2021.

SEXTO.- ORDENAR la entrega de los depósitos judiciales a la parte demandante o a su apoderado, una vez quede en firme el presente proveído, tal y como lo ordena el artículo 461 del CGP. Igualmente, se insta a la parte actora para que se dirija directamente al Banco Agrario de Colombia S.A., para que retire dichos depósitos judiciales.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ.

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

Prosperidad para todos

DATOS DEL DEMANDADO

Tipo Identificación CEDULA DE CIUDADANIA **Número Identificación** 7703033 **Nombre** JOSE GUEVARA ALVAREZ

Número de Títulos 12

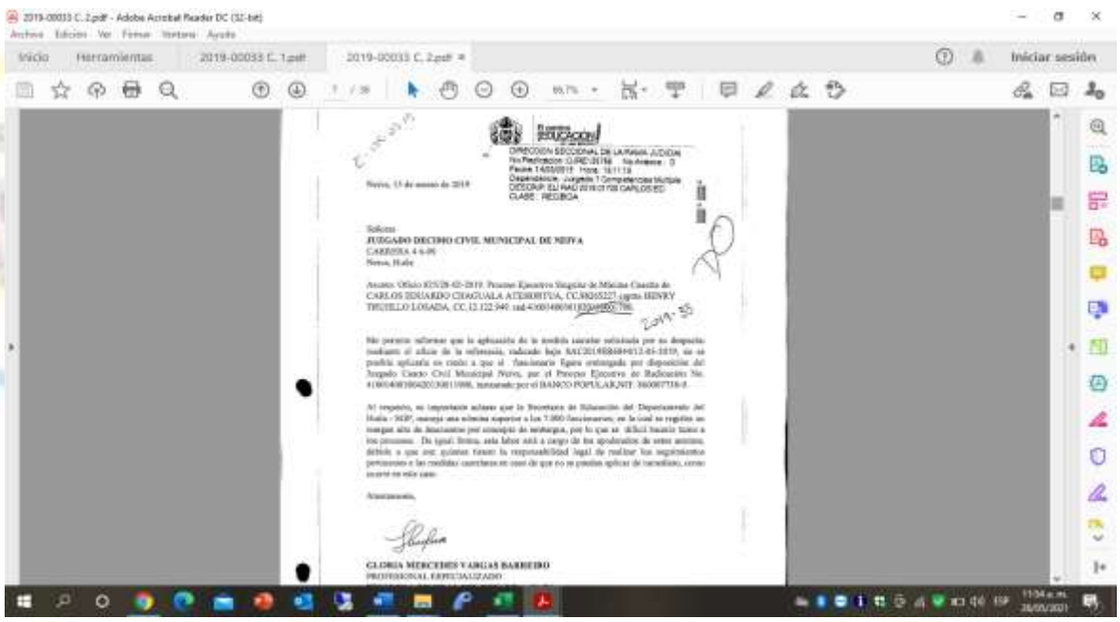
Número del Título	Documento Demandante	Nombre	Estado	Fecha Constitución	Fecha de Pago	Valor
439050000142997	93342916	ALIRIO PINTO YARA	PAGADO EN EFECTIVO	07/10/2004	06/12/2004	$ 225.000,00
439050000146035	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	29/10/2004	23/08/2005	$ 136.286,00
439050000149359	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	25/11/2004	23/08/2005	$ 136.286,00
439050000153470	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	21/12/2004	23/08/2005	$ 130.849,00
439050000154810	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	30/12/2004	19/08/2005	$ 16.054,00
439050000158583	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	27/01/2005	23/08/2005	$ 147.734,00
439050000162761	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	28/02/2005	19/08/2005	$ 147.734,00
439050000166957	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	31/03/2005	19/08/2005	$ 143.034,00
439050000171198	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	02/05/2005	19/08/2005	$ 143.034,00
439050000175027	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	27/05/2005	19/08/2005	$ 155.386,00
439050000179770	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	30/06/2005	19/08/2005	$ 149.004,00
439050000183436	1	DRUBAL SANCHEZ VASQUEZ AS	PAGADO EN EFECTIVO	27/07/2005	19/08/2005	$ 149.004,00

Total Valor $ 1.679.405,00

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CARLOS EDUARDO CHAGUALÁ ATEHORTUA
DEMANDADO	HENRY TRUJILLO LOSADA
RADICADO	**410014189 007 2019 00033 00**

En atención a lo peticionado por el señor apoderado de la parte ejecutante, se le pone de presente que ya se obtuvo respuesta al Oficio No. 825 del 28 de febrero de 2019, en el que la Tesorera General del Departamento informó que no era posible aplicarla por cuanto el funcionario ya figura embargado por cuenta de otro Juzgado, tal como se observa en el pantallazo que se insertará al presente auto:



Es de anotar que la respuesta se allego desde el pasado 14 de marzo de 2019 tal como quedó registrado en el Software de Gestión Siglo XXI, anotación que se ve reflejada en la página de la Rama Judicial en "Consulta de Procesos" y el expediente estuvo disponible en la secretaría del Juzgado para su revisión hasta el mes de marzo del 2020 cuando se ordenó el cierre por causa de la pandemia – Covid 19, conocida a nivel mundial.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COBRANZAS Y FIANAZAS S.A.S.
DEMANDADO	ANAMIRIAM BURBANO SILVA
RADICADO	**410014003 010 2019 00039 00**

Incorpórese el Despacho Comisorio números No. 37, diligenciado por la Inspección Primera de Policía en Delegación con Funciones de Espacio Público de Neiva (realizado el 13 de marzo de 2021 y allegado el 17 de febrero de 2021 para los efectos que previene el artículo 40 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	COONFIE LTDA	8911006563
Demandado	MARIA YANIDT MEDINA CABRERA	36173933
Radicación	*410014023010_2013-00764_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de la anterior liquidación del crédito, el Despacho obrando conforme a lo previsto en el artículo446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Neiva (Huila), Veintisiete (27) de Mayo de dos mil Veintiuno (2021)

Radicación	41001-40-23-010_ 2014 – 00290_00
Proceso	EJECUTIVO SINGULAR
Demandante(s)	BANCO COMERCIAL AV VILLAS HOY GRUPO CONSULTOR ANDINA S.A
Demandado(s)	HENRY IDARRAGA SALAS

En atención al marco de Estado de Emergencia Económica Social, Ecológica y Sanitaría, conforme el Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020, con el fin de evitar al máximo la presencialidad de usuarios en las sedes judiciales y de conformidad con lo dispuesto por los artículos 92 y 116 del Código General del Proceso el juzgado DISPONE:

PRIMERO: SEÑALAR únicamente el próximo **TRES (03) de Junio del año en curso,** para que a las **8:00 a 8:30 A.M,** tenga lugar por parte del doctora **MARIA NANCY POLANIA DE CORTES** identificada con la cédula número 36.152.094 de Neiva y Tarjeta Profesional 34.181 del C.S.J., el retiro del desglose de la demanda y sus anexos, para lo cual hará presencia en esta sede judicial y será atendido por el personal que se encuentre de turno de atención al público en la hora señalada, por tanto, se advierte que dicha fecha y hora se torna inmodificable e impostergable, precisamente por la emergencia sanitaria que actualmente se afronta con motivo de la pandemia del COVID -19

SEGUNDO: ORDENAR remitir lo decidido con el presente auto al **DR. HERMES TOVAR CUELLAR** en su calidad de **coordinador administrativo de la DIRECCION EJECUTIVA SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL (DESAJ),** a través del correo institucional htovarc@cendoj.ramajudicial.gov.co con el fin de que imparta las instrucciones correspondientes a fin de hacer viable y posible el acceso de la doctora **MARIA NANCY POLANIA DE CORTES** identificada con la cédula número 36.152.094 de Neiva y Tarjeta Profesional 34.181 del C.S.J el día y hora señalado a esta oficina y únicamente para el fin antes indicado.

NOTIFIQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email. cmpl1onei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CONDOMINIO HACIENDA MAYOR
DEMANDADO	FIDUCIARIA DE OCCIDENTE Y CONSTRUCTORA VARGAS SAS
RADICADO	**41001 4003 010 2014 00437 00**

En atención al memorial por medio del cual el apoderado de la parte ejecutante solicita se tome nota del remanente solicitado por este despacho solicitado por el Despacho bajo el radicado No. 41001400300820180017700, se **ACLARA** que no ha habido tal solicitud por parte de otro Despacho, por el contrario fue dentro de este proceso y con destino al proceso con ese radicado que se decretó el embargo del remanente de ese proceso en el Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple y como consecuencia de ello se emitió el oficio 2014-00437/623 de 9 de abril de 2021, requiriendo a ese Juzgado para que diera respuesta de si tomó nota o no, el cual fue remitido el 14 de abril de 2021, con copia al apoderado gestor, como se ve en pantallazo anexo.



2014-00437 (SING. CONDOMINIO HACIENDA MAYOR vs CONSTRUCTORA VARGAS SAS Y FIDUCIARIA DE OCCIDENTE SA FIDUOCCIDENTE SA)-OF. 623

Juzgado 10 Civil Municipal - Huila - Neiva
Mié 14/04/2021 8:14
Para: Juzgado 08 Civil Municipal - Huila - Neiva
CC: cuellargomezabogados@gmail.com

2014-00437 OFICIO REQUIRI...
151 KB

Cordial saludo,

De manera atenta, me permito enviar oficio 623, la cual se incorpora como archivo adjunto.

En caso de ser requerido, la respuesta pertinente deberá ser dirigida ***ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE*** al correo electrónico cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co, cuyo mensaje debe contener en el ***asunto y/o referencia,*** el radicado, naturaleza y sujetos procesales (Art. 28, Acuerdo PCSJA20-11567).

Atentamente,

Yineth Solorzano Quesada
Asistente Judicial
Juzgado 07 de Pequeñas Causas y/o 10 Civil Municipal de Neiva

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	ORDINARIO ACCIÓN REIVINDICATORIA
DEMANDANTE	LUIS ALBERTO QUESADA RAMÍREZ
DEMANDADO	NELDA GÓMEZ OIDOR y OTRO
RADICADO	**410014023010 2015 00781 00**

Teniendo en cuenta el memorial que precede de la apoderada de la parte demandante, relativa a requerir a la ALCALDIA MUNICIPAL para que realice la diligencia de restitución de inmueble con folio de matrícula inmobiliaria No.200-214840, comisión ordenada en auto de 18 de febrero de 2018, se tiene que la misma no es procedente por cuanto la misma ya se practicó y por presentarse oposición a la diligencia, el Despacho en audiencia de 24 de octubre de 2019 surtió la audiencia que trata el art. 309 CGP, sin ser posible por cuanto la parte interesada no se presentó y tampoco justifico su inasistencia.

Sin embargo, por estar pendiente aún la diligencia inicial, ordenada en el numeral segundo de la sentencia de 09 de noviembre de 2017, se librará nuevamente comisión para que se realice la diligencia de restitución de inmueble con folio de matrícula inmobiliaria No.200-214840, por lo que se **DISPONE**:

1. COMISIONAR a la ALCALDIA MUNICIPAL DE NEIVA, para que en aplicación a lo reglado por el artículo 38 del C.G.P., se sirva llevar a cabo la respectiva diligencia de restitución de lote de terreno No. 16 de la manzana K identificado con folio de matrícula inmobiliaria No. 200-214840, localizado en la Unidad de Planificación Rural las Margaritas, de la Inspección del Cagúan, jurisdicción del municipio de Neiva, ordenado en el numeral segundo de la sentencia de 09 de noviembre de 2017**.**

-Líbrese el respectivo despacho comisorio.

2º.- PREVENIR al citado Ente Territorial, a través del Alcalde Municipal, que cualquier disposición contraria a la aquí comisionada, se constituye en un obstáculo para la pronta y cumplida justicia y puede acarrearle sanciones conforme a lo reglado por el artículo 44 del C.G.P.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (Huila), veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Proceso	*Ejecutivo de Mínima Cuantía*	
Demandante	INFIHUILA	8911802136
Demandado	CARLOS GERARDO USECHE CASTRO	71779865
Radicación	*410014003010_2016-00002_00*	

Como quiera que, transcurriera en silencio el término de traslado de la anterior liquidación del crédito, el Despacho obrando conforme a lo previsto en el artículo446 del Código General del Proceso, procede a impartir su APROBACIÓN.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ

Caroliz

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COOPERATIVA COONFIE.
DEMANDADO	JUAN NICOLAS SERRATO CUELLAR Y KELLY ALEXANDRA MOTTA PERDOMO.
RADICADO	41001 4189 007 2019 00320 00

En atención a la solicitud que hace la parte ejecutante sobre la existencia de depósitos judiciales relacionados dentro del presente proceso, se le pone de presente que revisada la página del Banco Agrario de Colombia, se pudo establecer que hasta la fecha no existen títulos allegados al expediente.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

RADICADO	**41001-41-89-007-2019-00388-00**
PROCESO	**EJECUTIVO SINGULAR MINIMA CUANTIA**
DEMANDANTE	**CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA**
DEMANDADO	**ROBINSON AMEZQUITA TOVAR.**

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

ASUNTO:

De acuerdo al recurso de reposición y de apelación interpuesto por la parte demandante contra la providencia de fecha 15 de octubre de 2020, visible en folio 43 del cuaderno uno-digital, procede éste Despacho Judicial a RECHAZAR DE PLANO el mismo, de conformidad con los artículos 318, 320 y siguientes del Código General del Proceso, como quiera que, los recursos fueron presentados por fuera del termino de ejecutoria.

De otro lado, la demandan**te CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA,** instauró demanda Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía en contra de **ROBINSON AMEZQUITA TOVAR,** para obtener el pago de las sumas de dinero ordenadas en el auto de mandamiento de pago fechado 20 de mayo de 2019 (Fl. 16 y 17. Cd. 1-digital.), y del auto que lo corrige de fecha 04 de junio de 2019 (Fl. 21 y 22. Cd. 1-digital), con fundamento en una (1) letra de cambio con fecha de vencimiento del 21 de abril de 2019, el cual cumple con la formalidad exigida por los artículos 621 y 671 el C. de Comercio, constituyendo una obligación clara, expresa y actualmente exigible de pagar, de conformidad con el artículo 422 del C. General del Proceso

Ahora bien, el demandado **ROBINSON AMEZQUITA TOVAR con C.C. 1.075.263.142,** fue notificado(a)(s) por conducta concluyente del auto que libró mandamiento de pago, de acuerdo a la providencia proferida el 15 de octubre de 2020, visto a folio 43 del cuaderno principal-digital, dejando vencer en silencio los términos para pagar y/o excepcionar según constancia secretarial vista a folio 50 del mismo cuaderno; por lo que el proceso pasó al Despacho para dar aplicación al artículo 440 del Código General del Proceso

Así las cosas, se **Dispone:**

PRIMERO: Ordenar seguir adelante la presente ejecución, tal como se dispuso en el mandamiento de pago alusivo en esta providencia y del que lo corrige.

SEGUNDO: Disponer el avalúo y remate de los bienes embargados o de los que se llegaren a embargar con posterioridad a este proceso.

TERCERO: Condenar en costas al extremo ejecutado.

CUARTO: Fijar como agencias en derecho la suma de ***$200.000.oo. M/CTE***, de conformidad con el numeral 4º del Artículo 366 del Código General del Proceso, en concordancia con el acuerdo Nro. PSAA16-10554 del 2016 del Consejo Superior de la Judicatura.

QUINTO: Practicar la liquidación del crédito y las costas con fundamento en los Artículos 366 y 446 ídem.

SEXTO: Requerir a la parte actora para que presente la liquidación del crédito, dentro del término de treinta días siguientes a la notificación del presente proveído, so pena de dar por terminado el presente proceso por desistimiento tácito, tal y como como lo ordena el artículo 317 del CGP.

SÉPTIMO: Poner en conocimiento los títulos judiciales descontados a la parte demandada y que se encuentran a disposición de este despacho judicial.

Notifíquese y Cúmplase,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.

H.

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

Prosperidad para todos

DATOS DEL DEMANDADO

Tipo Identificación CEDULA DE CIUDADANIA **Número Identificación** 1075263142 **Nombre** ROBINSON AMEZQUITA TOVAR

Número de Títulos 14

Número del Título	Documento Demandante	Nombre	Estado	Fecha Constitución	Fecha de Pago	Valor
439050000972612	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	02/09/2019	NO APLICA	$ 244.023,00
439050000976441	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	03/10/2019	NO APLICA	$ 244.023,00
439050000979369	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	29/10/2019	NO APLICA	$ 260.311,00
439050000983217	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	29/11/2019	NO APLICA	$ 257.234,00
439050000987664	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	23/12/2019	NO APLICA	$ 259.828,00
439050000991239	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	28/01/2020	NO APLICA	$ 249.891,00
439050000994684	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	26/02/2020	NO APLICA	$ 249.891,00
439050000998238	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	30/03/2020	NO APLICA	$ 271.698,00
439050001001535	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	29/04/2020	NO APLICA	$ 271.658,00
439050001004126	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	28/05/2020	NO APLICA	$ 271.658,00
439050001006594	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	26/06/2020	NO APLICA	$ 271.658,00
439050001010086	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	30/07/2020	NO APLICA	$ 176.223,00
439050001012167	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	27/08/2020	NO APLICA	$ 271.658,00
439050001014987	26593987	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA	IMPRESO ENTREGADO	25/09/2020	NO APLICA	$ 271.658,00

Total Valor $ 3.571.412,00

H.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA
DEMANDADO	DIRIEAM SANCHEZ DIAZ
RADICADO	41001 4189 007 2019 00719 00

En atención a la solicitud que hace la parte ejecutante sobre la existencia de depósitos judiciales relacionados dentro del presente proceso, se le pone de presente que revisada la página del Banco Agrario de Colombia, se pudo establecer que hasta la fecha no existen títulos allegados al expediente.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Proceso: EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA.
Demandante(s): ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P..
Demandado(s): RUBY YENSI VALENCIA GONZALEZ.
Radicación: 41-001-41-89-007-**2019-00788**-00.

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

ASUNTO:

Evidenciando el escrito elevado por la parte demandada, en el que da contestación a la demanda exponiendo sus respectivos argumentos; es por ello que, éste Juzgado notifica a la demandada **RUBY YENSYN VALENCIA DIAZ con C.C. 36.305.411,** por conducta concluyente, del auto que **libró mandamiento de pago** en su contra el pasado 24 de octubre del 2019, conforme al artículo 301 del Código General Del Proceso. Para los efectos del artículo 91 de la misma obra, se adjunta copia de la admisión y/o mandamiento de pago y copia de la demanda.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, **Dispone:**

TENER Notificado Por Conducta Concluyente a la **RUBY YENSYN VALENCIA DIAZ con C.C. 36.305.411** del auto que **libró mandamiento de pago** en su contra el pasado 24 de octubre del 2019. Para los efectos del artículo 91 de la misma obra, se adjunta copia de la admisión y/o mandamiento de pago y copia de la demanda.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila

Proceso: **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
Demandante(s): **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.**
Demandado(s): **RUBY YENSIN VALENCIA GONZÁLEZ**
Radicación: 41-001-41-89-007-**2019-00788-00**

Neiva - Huila, 24 OCT. 2019 .

ASUNTO:

La ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P, actuando a través de apoderado(a) en judicial, presentó demanda ejecutiva en contra de RUBY YENSIN VALENCIA GONZÁLEZ con C.C. 36.305.411, para obtener el pago de la deuda contenida en una factura Nro. 52464340, suscrita para garantizar el pago de una(s) obligación(es) adquirida(s) con esa entidad. En sustento de lo anterior, aportó dicho(a) factura. Ver folios 02, del cuaderno principal.

De esa forma, el despacho advierte que el documento aportado reúne los requisitos del artículo 422 del Código General del Proceso, ya que del mismo se establece la existencia de una obligación clara, expresa y exigible a cargo de(l) (la) demandado(a), razón por la cual se librará el mandamiento ejecutivo respectivo.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO.- LIBRAR mandamiento de pago por la vía **Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía** a favor del **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P,** con Nit. 891.180.001-1, en contra de **RUBY YENSIN VALENCIA GONZÁLEZ con C.C. 36.305.411**, por la(s) siguiente(s) cantidad(es) de dinero, contenido(s) en el (los) factura No. 52464340, de la forma en que se pasa a relacionar.

A. <u>RESPECTO DEL FACTURA Nro. 52464340:</u>

1.- Por la suma de **$2.358.943.oo. Mc/te,** correspondiente al capital con vencimiento el 20/08/2019.

1.2.- Más los **intereses moratorios sobre el capital**, liquidados a la tasa de interés pactada, sin exceder la máxima legal vigente autorizada por la Superintendencia Financiera, no constitutivos de usura, exigibles desde el **21/08/2019**, hasta cuando se verifique el pago total de la obligación.-

SEGUNDO.- Ordenar a la parte ejecutada que pague al ejecutante las anteriores sumas de dinero, dentro de los cinco (05) días siguientes a la notificación de esta decisión (art. 431 C.G.P.)

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila

TERCERO: NOTIFICAR el presente auto a la parte demandada en la forma indicada en los artículos 290 a 293 y 301 del Código de General del Proceso, a quien se le correrá traslado de la demanda por el término de diez (10) días conforme al artículo 442 ibídem.

CUARTO: RECONOCER personería al(a) abogado(a) **DIANA MARGARITA MORALES CORTES,** identificado(a) con C.C. 36.088.553 y portador(a) de la T.P. Nro. 176.632 del C. S. de la J, para que actúe como apoderado(a) judicial de la entidad demandante, visto a folio 1 respaldo.

NOTIFÍQUESE.

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez.-

ElectroHuila

6
1

Señor
JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA (REPARTO)
E. S. D.

ASUNTO: PODER ESPECIAL
REFERENCIA: PROCESO EJECUTIVO SINGULAR DE MINIMA CUANTIA
DEMANDANTE: ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A E.S.P
DEMANDADO: RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ

LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR, mayor de edad, vecino de la ciudad de Neiva, identificado con la cedula de ciudadanía No. 7.687.859 de Neiva, obrando en nombre de la ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A E.S.P., con domicilio principal en el Kilómetro 1 vía Palermo, en calidad de Apoderado General, como consta en la Escritura Pública No. 0310 de fecha 3 de julio de 2019 de la Notaria Única del circulo de Palermo Huila, otorgado por el Dr. HERNANDO RUIZ LÓPEZ, Gerente General y Representante Legal, mediante el presente escrito manifiesto al Señor Juez que confiero poder especial, amplio y suficiente a la doctora **DIANA MARGARITA MORALES CORTES**, abogada titulada y en ejercicio, identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.088.553 de Campoalegre Huila, portadora de la Tarjeta Profesional No. 176.632 del C. S de la Judicatura, para que actué en nombre de la ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A E.S.P., e inicie y tramite hasta su terminación Proceso Ejecutivo Singular de Minina Cuantía contra **RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. **36305411**, para obtener el pago de la obligación contenida en la factura No.**52464340**.

Mi apoderado cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio de su labor, en especial desistir, transigir, reformar o sustituir la demanda, interponer recursos, conciliar, renunciar, reasumir, tachar documentos y todo cuanto en derecho sea necesario para el cabal desempeño del presente mandato en los términos del Artículo 77 del Código General del Proceso.

Sírvase señor Juez reconocerle personería jurídica a la doctora **DIANA MARGARITA MORALES CORTES** en los términos y para los fines señalados en el presente poder.

Atentamente,

LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR
C.C. No. 7.687.859 de Neiva

Acepto:

DIANA MARGARITA MORALES CORTES
C.C. 36.088.553 de Campoalegre Huila
T.P. 176.632 del C. S de la Judicatura.

VIGILADA POR SUPERSERVICIOS SSPP TARIFA 2 - 41000001 1

LA NOTARIA CUARTA DEL CIRCULO DE NEIVA

HACE CONSTAR

Neiva, 30 AGO 2019

Que el anterior documento fue rendido ante: JUEZ MUNICIPAL PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE

Presentado Personalmente por: LUIS EDUARDO GRANADOS MAZUM

con C.C. 7687.554 DE ICAL

T.P. No.

Firma

La Notaria

La Suscrita Notaria Cuarta del Circulo de Neiva

HACE CONSTAR

Que no se realizo con biometria lo presente diligencia por:

- [x] Falla servicio internet
- [ ] No captura huella
- [ ] Sin servicio energia
- [ ] Prestación del servicio a domicilio
- [ ] Otro

NOTARIA CUARTA
NEIVA - HUILA
Hilda Maria Perdomo C.
NOTARIA ENCARGADA

Dirección Ejecutiva Seccional De Administración Judicial
Oficina Judicial Neiva
Presentación Personal

fecha 04/09/2019

Nombre DIANA MARGARITA MORALES CORTES

C.C. 36088553 de CAMPOALEGRE T.P. 176632 CSJ

Demanda	0	Poder	XXXXX	Memorial	0

FIRMA

JEFE OFICINA JUDICIAL

ELECTROHUILA S.A.E.S.P.
Transmitimos buena energía
NIT. 891.180.001-1

FACTURA DE VENTA No. 52464340

FECHA DE EMISION 22/08/2019

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

C.C. / NIT.: RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ 36305411 -

POSTAL: VILLA COLOMBIA LOTE 234 NEIVA

SU CODIGO DE CUENTA NIU **129214355**
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRONICO

FT - CFE - 05 - 001

NUFI-2-410001003

VIGILADA POR SUPERSERVICIOS

CALIDAD

Transformador	Grupo	Total Inter.	Compensación

Ruta 2012283130 Nivel Tensión 1
Ciclo 9 VILLA COLOMBI Carga Watios 208
Clase Servicio Residencial Estrato 1

CONSUMO

Contador	Marca	Tipo	Obs.	Lect. Actual	Lect. Anterior	Factor	Consumo kwh
13024158	MET	5S	0	6992	6902	1	90

Obs: lectu... Motivo Avisa de Lectura

ULTIMOS CONSUMOS KWH

Mes	Con
JUL	67
JUN	122
MAY	103
ABR	128
MAR	123
FEB	144

PROMEDIO CUENTA **115**

CONSUMO AÑO ANTERIOR **173**

LIQUIDACION

Rango o Tipo			Consumo	Tarifa	Valor
5	1	173	90	236.8174	21,314

Original Emitio 1 ANYELA.ROBLE

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

G_m	$216.06	$D_{n,m}$	$170.02	$PR_{n,m}$	39.85
T_m	$32.66	$C_{v,m}$	$89.96	R_m	$19.11
		$CU_{v,n,m}$	$567.65	($/KWh)	

FINANCIACION Y OTROS

Financiaciones

Financiacion	Cuo.Pen	Total Fina	Saldo

Electrodomésticos

Convenio	Cuo. Pen	Total Conv	Saldo

FOES

Kwh	144
$/Kwh	46
Total	6624
N. Fact	50362427

DETALLE DE CUENTA

110	Interes moratorio	11,790
0	Deuda Capital	2,358,943
1	Deuda Interes Capit	912,213
21	Consumo Periodo	21,314

AVISO DE SUSPENSIÓN

RESUMEN DE CUENTA

ULTIMO PAGO	13/05/2008 $10,000
FECHAS DE LECTURAS	06/07/2019 06/08/2019
ATRASOS	212
SUSPENSION A PARTIR DE	22/08/2019
PAGO OPORTUNO	20/08/2019
OTROS CARGOS	$0
ALUMBRADO PUBLICO	$0
VALOR ELECTROHUILA	$3,304,260
TOTAL A PAGAR	
	$3,304,260

REPRESENTANTE LEGAL

RECLAMOS ALUM-PUBLICO ALCALDIA: CRA 5 # 9-74 NEIVA

Lo invitamos a reportar cualquier evento relacionado con el sistema eléctrico y la prestación de servicio de energía eléctrica a través de la línea gratuita 018000952115, marcando desde teléf fijo o celular, las 24 horas

AUTORIZACIONES DE NOTA RESOLUCION No. 547 2000 DIAN EDIMENSIO AUTORIZACION NUMERACION: ART. 616 DE LA RESOLUCION 000005 DEL 14 DE ENERO DE 2010 DEBEMOS EXPEDIR FACTURAS CONSECUTIVAS NUMERADAS DE FORMA DE MANERA CONSECUTIVA Y POR ORDEN DE EMISION ART. 616-1 DEL DECRETO 1165/96 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 C.C. Y PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142/94

COBRO CONCEPTO ENERGIA

Código de Cuenta	129214355
Factura de Venta No.	52464340
Periodo	8-2019
Fecha oportuna de pago	20/08/2019
Suspensión a partir de	22/08/2019
Valor total a pagar	$3,304,260

(415)7707274499679(8020)0129214355(3900)0003304260(96)20190820

Duplicado

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el respaldo de esta factura

ELECTROHUILA S.A E.S.P.
Transmitimos buena energía

ELECTROHUILA S.A E.S.P.

@ELECTROHUILA

WWW.ELECTROHUILA.COM.CO



ATENDEMOS SUS INQUIETUDES LAS 24 HORAS MARCANDO 018000952115 DESDE SU MOVIL O FIJO

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

$$CUv\,n,m = Gm + Tm + D\,n,m + Cv\,m + PR\,n,m + R\,m \quad (\$/k\,Wh)$$

Gm: Costo de compra de Energía ($/k Wh) para el mes m. Tm: Costo por Uso del Sistema Nacional de Transmisión ($/k Wh) para el mes m. D n,m: Costo por Uso de Sistema de Distribución ($/k Wh) correspondiente al nivel de tensión n para el me m. Cv m: Margen de Comercialización correspondiente al mes m. en ($/k Wh). PR n,m: Costo de Compra, Transporte, y Reducción de Pérdidas de energía ($/k Wh) acomuladas hasta el nivel de tensión n, para el mes m. R m: Costo de Restricciones y Servicios Asociados con Generación para el mes m. en ($/k Wh).

SERVICIO AL CLIENTE: OFICINA SAIRE CARRERA 18 CALLE 9 ESQUINA TEL. 8701959 - 8701952. CONTACT CENTER: DAÑOS Y RECLAMOS PRESTACIÓN DEL SERVICIO LINEA 115 DESDE CUALQUIER TELÉFONO FIJO O CELULAR MOVISTAR O CLARO - 8604100 DESDE UN TELÉFONO FIJO O FUERA DEL DEPARTAMENTO.

PUNTOS AUTORIZADOS:

BANCOS: Pichincha Neiva, **Agrario** Colombia, Villavieja, Bruselas - **AV Villas** Neiva, Corresponsales Bancarios - **Coomeva** Neiva - **Colpatria** Neiva - **Occidente** Neiva, Saire, Pitalito, Corresponsales Bancarios – **Popular** Neiva, Pitalito - **BBVA** Neiva, Garzón, Pitalito **BCSC Caja Social** Neiva, Garzón - **CitiBank** Neiva - **Davivienda** Neiva, Corresponsales Bancarios, Palermo, Garzón, La Plata, Pitalito **Bancolombia** todos y Corresponsales Bancarios. **COOPERATIVAS: COPEAIPE** Aipe - **Credifuturo** Garzón, La Plata, Pitalito – **CONFIE** Algeciras, Garzón, Gigante, La Plata, Pitalito - **ULTRAHUILCA** Neiva, Santa María, Baraya, Garzón, La Plata, Tesalia, Pitalito, Timana, San Agustín. **OTROS PUNTOS: AP Nacionales SU CHANCE** Neiva Comuna 8, 9, 10, Mercaneiva, Todos los Mumicipios – **BALOTO** Convenio Citibank todos los municipios. **MEDIO ELECTRÓNICO: REDEBAN – ATH – www.electrohuila.com.co**

SEDE ADMINISTRATIVA	NEIVA	PITALITO	GARZON	LA PLATA
KM 1 VIA NEIVA PALERMO	CARRERA 18 CALLE 9	CALLE 19 SUR No. 3-05	CALLE 8 No. 7-54	CALLE 10 No. 6-20
COMPLEJO ECOLOGICO EL BOTE	ESQUINA			

PBX: 8664600 - 8664646

Llame gratis LINEA ANTICORRUPCIÓN 01- 8000 - 9188 - 19

La **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A E.S.P.**, endosa para el cobro judicial a favor de_____ identificado con cédula de ciudadanía No._____ la presente factura por el valor en ella consignado.

_____

CAMARA DE COMERCIO DE NEIVA
ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.
Fecha expedición: 2019/07/24 - 11:00:51 ****** Recibo No.** H000041597 ****** Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20190724-0031

Cámara de Comercio de Neiva *** CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVÉS DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS ***
CODIGO DE VERIFICACIÓN fDgddWCRUT

NOS PERMITIMOS INFORMARLE QUE AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, EXISTEN PETICIONES EN TRÁMITE, LO QUE PUEDE AFECTAR EL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN QUE CONSTA EN EL MISMO

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.
SIGLA: ELECTROHUILA S.A. E.S.P
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANóNIMA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 891180001-1
ADMINISTRACIÓN DIAN : NEIVA
DOMICILIO : NEIVA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 2251
FECHA DE MATRÍCULA : ABRIL 11 DE 1972
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 29 DE 2019
ACTIVO TOTAL : 832,701,915,962.00
GRUPO NIIF : RESOLUCION 414/2014

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : KILOMETRO 1 VIA PALERMO
BARRIO : LA TRINIDAD
MUNICIPIO / DOMICILIO: 41001 - NEIVA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 8664600
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : contabilidad@electrohuila.co

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : KILOMETRO 1 VIA PALERMO
MUNICIPIO : 41001 - NEIVA
BARRIO : LA TRINIDAD
TELÉFONO 1 : 8664600
CORREO ELECTRÓNICO : notificacionesjudiciales@electrohuila.co

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **NO AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación.

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : D3514 - COMERCIALIZACION DE ENERGIA ELECTRICA
ACTIVIDAD SECUNDARIA : D3513 - DISTRIBUCION DE ENERGIA ELECTRICA

OTRAS ACTIVIDADES : D3511 - GENERACION DE ENERGIA ELECTRICA

CERTIFICA - AFILIACIÓN

EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 417 DEL 17 DE JULIO DE 1947 DE LA Notaria 8a. de BOGOTA DE BOGOTA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 470428 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 29 DE JULIO DE 1947, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CENTRALES ELECTRICAS DEL HUILA S.A..

CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) CENTRALES ELECTRICAS DEL HUILA S.A.
2) ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.
3) ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. ELECTROHUILA S.A.
Actual.) ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 98 DEL 05 DE FEBRERO DE 1971 SUSCRITO POR Notaria 2a. de NEIVA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 713010 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 05 DE ABRIL DE 1971, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CENTRALES ELECTRICAS DEL HUILA S.A. POR ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3379 DEL 23 DE AGOSTO DE 1989 SUSCRITO POR Notaria 2a. de NEIVA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 2613 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 30 DE AGOSTO DE 1989, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. POR ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. ELECTROHUILA S.A.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1814 DEL 12 DE JULIO DE 1995 SUSCRITO POR Notaria 1a. de NEIVA DE NEIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 8153 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE JULIO DE 1995, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. ELECTROHUILA S.A. POR ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
EP-532	19520614	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-520762	19520619
EP-909	19540515	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-540909	19540515
EP-408	19550418	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-551003	19550420
EP-570	19560717	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-561118	19560723
EP-1758	19581230	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-581351	19581231
EP-966	19600914	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-601544	19600920
EP-1116	19621228	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-621832	19621229
EP-1284	19641105	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-642117	19641109
EP-581	19650702	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-652201	19650705
EP-98	19710205	NOTARIA 2A. DE NEIVA	NEIVA	RM09-713010	19710405
EP-480	19730427	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-208	19730516
EP-1249	19800620	NOTARIA 1A. DE NEIVA		RM09-2135	19800728
EP-1223	19810707	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-2508	19810729
EP-1709	19810907	NOTARIA 2A. DE NEIVA	NEIVA	RM09-2566	19811006
EP-1562	19820728	NOTARIA 2A. DE NEIVA	NEIVA	RM09-2870	19820812

EP-2542	19831004	NOTARIA SEGUNDA	NEIVA	RM09-3212	19831104
EP-296	19850214	NOTARIA 2A. DE NEIVA	NEIVA	RM09-3854	19850215
EP-1109	19850918	NOTARIA 1A. DE NEIVA		RM09-470456	19850926
EP-147	19850918	NOTARIA 1A. DE NEIVA		RM09-480474	19850926
EP-3188	19851001	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-259	19851205
EP-2636	19880721	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-1810	19880725
EP-5330	19881222	NOTARIA 2A. DE NEIVA	NEIVA	RM09-2151	19890105
EP-3813	19880930	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-2152	19890105
EP-2569	19890629	NOTARIA 2A. DE NEIVA		RM09-2503	19890705
EP-3379	19890823	NOTARIA 2A. DE NEIVA	NEIVA	RM09-2613	19890830
EP-906	19900727	NOTARIA 3A. DE NEIVA		RM09-3346	19900813
EP-1891	19930507	NOTARIA 3A. DE NEIVA		RM09-6111	19930607
EP-1814	19950712	NOTARIA 1A. DE NEIVA	NEIVA	RM09-8153	19950713
EP-651	19960627	NOTARIA 5A. DE NEIVA		RM09-9273	19960703
AC-760	19961227	REUNION JUNTA DIRECTIVA		RM09-11835	19980515
AC-770	19981126	JUNTA DIRECTIVA		RM09-12550	19981229
AC-74	19990723	ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA		RM09-13464	19990818
AC-785	20000321	JUNTA DIRECTIVA		RM09-15026	20001207
EP-3056	20001205	NOTARIA 3. DE NEIVA		RM09-15054	20001219
EP-156	20040129	NOTARIA QUINTA	NEIVA	RM09-18790	20040130
EP-1171	20050504	NOTARIA TERCERA	NEIVA	RM09-20400	20050525
EP-1725	20100617	NOTARIA QUINTA	NEIVA	RM09-27696	20100624
CE-	20100820	REVISOR FISCAL	NEIVA	RM09-27997	20100823
EP-2451	20141212	NOTARIA PRIMERA	NEIVA	RM09-39487	20141219
AC-105	20150326	ASAMBLEA GEN. ORDINARIA DE ACCIONISTAS	NEIVA	RM09-40888	20150617
AC-105	20150326	ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS	NEIVA	RM09-40948	20150701
EP-1703	20170515	NOTARIA CUARTA DE NEIVA	NEIVA	RM09-48172	20170605
EP-0229	20190518	NOTARIA UNICA DE PALERMO	NEIVA	RM09-53900	20190527

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRA POR OBJETO LA PRESTACION DEL SERVICIO PUBLICO DOMICILIARIO DE ENERGIA ELECTRICA Y SUS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE GENERACION, TRANSMISION, DISTRIBUCION Y COMERCIALIZACION, ASI COMO LA PRESTACION DE SERVICIOS CONEXOS O RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS, DE ACUERDO CON EL MARCO LEGAL Y REGULATORIO. IGUALMENTE PARA LOGRAR LA REALIZACION DE LOS FINES QUE PERSIGUE LA SOCIEDAD O QUE SE RELACIONEN CON SU EXISTENCIA O FUNCIONAMIENTO, LA EMPRESA PODRA CELEBRAR Y EJECUTAR CUALESQUIERA ACTOS Y CONTRATOS, ENTRE OTROS: PRESTAR SERVICIOS DE ASESORIA; CONSULTORIA; INTERVENTORIA; INTERMEDIACION; IMPORTAR, EXPORTAR, COMERCIALIZAR Y VENDER TODA CLASE DE BIENES O SERVICIOS; RECAUDO; FACTURACION; TOMA DE LECTURAS; REPARTO DE FACTURAS; CONSTRUIR INFRAESTRUCTURA; PRESTAR TODA CLASE DE SERVICIOS TECNICOS, DE ADMINISTRACION, OPERACION O MANTENIMIENTO DE CUALQUIER BIEN, CONTRATOS DE LEASING O CUALQUIER OTRO CONTRATO DE CARACTER FINANCIERO QUE SE REQUIERA, CONTRATOS DE RIESGO COMPARTIDO, Y DEMAS QUE RESULTEN NECESARIOS Y CONVENIENTES PARA EL EJERCICIO DE SU OBJETO SOCIAL. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	50.000.000.000,00	50.000.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	44.028.878.000,00	44.028.878,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	44.028.878.000,00	44.028.878,00	1.000,00

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PLAN JUNTA DIRECTIVA-MINIS. MINAS Y ENERGIA	VELEZ CUARTAS SARA	CC 1,018,410,058

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PLAN JUNTA DIRECTIVA-MINIS. MINAS Y ENERGIA	ZULUAGA LOPEZ LUIS JULIAN	CC 10,288,099

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PLAN JUNTA DIRECTIVA-MINIS. HACIENDA Y CREDITO PUB.	MONTOYA MORA SHEILA MILENA	CC 52,429,729

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PLAN JUNTA DIRECTIVA-MINIS. HACIENDA Y CREDITO PUB.	CALDERON CARDENAS JORGE ALBERTO	CC 19,372,895

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PLAN JUNTA DIRECTIVA - DEPARTAMENTO DEL HUILA	GONZALEZ VILLA CARLOS JULIO	CC 79,277,306

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA-MINIS.MINAS Y ENERGIA	ZAPATA LONDOÑO WILLMAR DE JESUS	CC 71,705,652

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 08 DE MAYO DE 2019 DE MINHACIENDA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53903 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 27 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA-MINIST. MINAS Y ENERGIA	VACA FORERO JULIO CESAR	CC 1,020,724,497

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA-MINS. HACIENDA Y CREDITO P.	MONTOYA HERNANDEZ OMAR	CC 19,484,920

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA-MINS. HACIENDA Y CREDITO P.	LOPEZ RUIZ LUIS ALEXANDER	CC 79,627,197

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53725 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE JUNTA DIRECTIVA-MUNICIPIO YAGUARA	RAMIREZ GONZALEZ RAFAEL	CC 4,951,750

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 976 DEL 03 DE JUNIO DE 2016 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 44974 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 03 DE JUNIO DE 2016, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE GENERAL	RUIZ LOPEZ HERNANDO	CC 19,458,650

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 785 DEL 21 DE MARZO DE 2000 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 15026 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 07 DE DICIEMBRE DE 2000, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER SUPLENTE DEL GERENTE	SUAREZ ALARCON JESUS MARIO	CC 12,186,812

POR ACTA NÚMERO 804 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 2001 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 16601 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE FEBRERO DE 2002, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO SUPLENTE DEL GERENTE	BOJACA OTALORA HECTOR JAIME	CC 14,230,151

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

REPRESENTACION LEGAL: LA ADMINISTRACION DE LA SOCIEDAD ESTARA A CARGO DE UN GERENTE GENERAL QUIEN SERA SU REPRESENTANTE LEGAL. EL GERENTE GENERAL DE LA SOCIEDAD SERA DESIGNADO POR LA JUNTA DIRECTIVA QUIEN LE FIJARA SU REMUNERACION. LA VINCULACION DEL GERENTE GENERAL DE LA SOCIEDAD, PODRA SER MEDIANTE UN CONTRATO LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS. NO OBSTANTE PODRA SER "AD-HONOREM" SI ASI LO ACUERDAN LA JUNTA DIRECTIVA Y EL DESIGNADO. PARAGRAFO PRIMERO: SI LA VINCULACION DEL GERENTE GENERAL SE HACE MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO, ESTE PODRA SER A TERMINO INDEFINIDO O A TERMINO FIJO Y NO GOZARA DE LOS BENEFICIOS CONVENCIONALES EXISTENTES EN LA COMPAÑIA; EN ESTE CASO TENDRA LA CALIDAD DE TRABAJADOR PARTICULAR Y ESTARA SOMETIDO A LAS NORMAS DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Y A LO DISPUESTO EN LA LEY 142 DE 1994. POR TANTO, EN LA EVENTUALIDAD DE LA TERMINACION DE SU CONTRATO LABORAL POR PARTE DE LA SOCIEDAD, SIN JUSTA CAUSA, TENDRA DERECHO A LA RESPECTIVA INDEMNIZACION QUE CONSAGRA EL CODIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO. PARAGRAFO SEGUNDO: EL GERENTE GENERAL TENDRA DOS SUPLENTES, PRIMERO Y SEGUNDO, DESIGNADOS POR LA JUNTA DIRECTIVA, QUIENES TENDRAN LA MISMA CAPACIDAD DE REPRESENTACION LEGAL DE LA SOCIEDAD Y LO REEMPLAZARAN EN SUS FALTAS ABSOLUTAS Y TEMPORALES. ENTIENDASE POR FALTA ABSOLUTA DEL REPRESENTANTE LEGAL, SU MUERTE, SU RENUNCIA ACEPTADA O SU REMOCION, O LA SEPARACION DEL CARGO SIN LICENCIA O PERMISO POR MAS DE TRES DIAS. EL PERIODO DE LOS SUPLENTES DEL GERENTE GENERAL LO DETERMINARA LA JUNTA DIRECTIVA. EN CASO QUE LA VINCULACION SEA "AD-HONOREM" EL PERIODO LOS ACORDARAN LA JUNTA DIRECTIVA Y EL DESIGNADO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO QUE TANTO EL GERENTE GENERAL COMO SUS SUPLENTES PUEDAN SER REELEGIDOS INDEFINIDAMENTE O REMOVIDOS LIBREMENTE EN CUALQUIER TIEMPO POR LA JUNTA DIRECTIVA. PARAGRAFO TERCERO: PARA SER NOMBRADO GERENTE GENERAL SE REQUIERE SER PROFESIONAL, CON AL MENOS UNA ESPECIALIZACION CERTIFICADA O TENER CINCO (5) AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR ENERGETICO O DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS. ADEMAS, DEBERA CONTAR CON AL MENOS CINCO (5) AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL. NO OBSTANTE, EL REPRESENTANTE LEGAL PODRA SER UNA PERSONA JURIDICA DE DERECHO PRIVADO, EN CUYO CASO DEBERA CONTAR CON UNA RECONOCIDA TRAYECTORIA EN EL SECTOR EMPRESARIAL Y/O DE LOS SERVICIOS PUBLICOS Y/O DEL SECTOR DE ENERGIA, DE POR LO MENOS CINCO (5) AÑOS, Y QUE SU OBJETO SOCIAL SEA COMPATIBLE CON EL DE LA SOCIEDAD Y QUE EN EL ESTE ESTABLECIDO QUE PUEDE ACTUAR COMO MANDATARIO. LA JUNTA DIRECTIVA, PODRA SEÑALAR REQUISITOS ADICIONALES PARA LA DESIGNACION DEL GERENTE GENERAL CUANDO LO CREA CONVENIENTE, LOS CUALES SE DEBERAN ESTABLECER CON ANTERIORIDAD AL PROCESO DE ESCOGENCIA. A CRITERIO DE LA JUNTA DIRECTIVA, EL CONTRATO DEL GERENTE GENERAL SERA FIRMADO POR EL PRIMERO O SEGUNDO SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL O POR EL PRESIDENTE DE LA SESION EN QUE SE LLEVE A CABO LA DESIGNACION.

FUNCIONES DEL GERENTE GENERAL. CORRESPONDE AL GERENTE GENERAL: 1. ADMINISTRAR LA SOCIEDAD Y REPRESENTARLA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE. EL GERENTE GENERAL PODRA DELEGAR LA REPRESENTACION JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL DE LA SOCIEDAD. 2. REALIZAR LOS ESFUERZOS CONDUCENTES AL ADECUADO DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL; 3. VELAR POR EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O ESTATUTARIAS; 4. VELAR PORQUE SE PERMITA LA ADECUADA REALIZACION DE LAS FUNCIONES ENCOMENDADAS A LA REVISORIA FISCAL; 5. GUARDAR Y PROTEGER LA RESERVA COMERCIAL E INDUSTRIAL DE LA SOCIEDAD; 6. ABSTENERSE DE UTILIZAR INDEBIDAMENTE INFORMACION PRIVILEGIADA; 7. DAR UN TRATO EQUITATIVO A TODOS LOS SOCIOS Y RESPETAR EL EJERCICIO DEL DERECHO DE INSPECCION DE TODOS ELLOS; 8. ABSTENERSE DE PARTICIPAR POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA EN INTERES PERSONAL O DE TERCEROS, EN ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN COMPETENCIA CON LA SOCIEDAD O EN ACTOS RESPECTO DE LOS CUALES EXISTA CONFLICTO DE INTERESES, SALVO AUTORIZACION EXPRESA DE LA JUNTA DIRECTIVA O LA ASAMBLEA GENERAL

DE ACCIONISTAS; 9. PREPARAR E IMPLANTAR EL PLAN ESTRATEGICO Y EL PLAN DE ACCION DE LA SOCIEDAD; 10. EJECUTAR EL PRESUPUESTO APROBADO POR LA JUNTA DIRECTIVA; 11. DIRIGIR LA ADMINISTRACION DEL PERSONAL Y LAS RELACIONES LABORALES; 12. SUSCRIBIR Y TERMINAR LOS CONTRATOS LABORALES DE LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD CUYA DESIGNACION LE CORRESPONDA Y RESOLVER SOBRES SUS RENUNCIAS, PERMISOS, ENCARGOS Y VACACIONES; 13. SOMETER A LA CONSIDERACION DE LA JUNTA DIRECTIVA LA PLANTA DE PERSONAL Y LAS MODIFICACIONES QUE PROPONGA INTRODUCIR; 14. APLICAR LAS TARIFAS AUTORIZADAS; 15. DIRIGIR, COORDINAR, VIGILAR, CONTROLAR Y EVALUAR LA EJECUCION Y CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS, POLITICAS, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS INHERENTES AL OBJETO DE LA SOCIEDAD; 16. ADOPTAR LAS DECISIONES Y VELAR POR LA EJECUCION DE LOS ACTOS A QUE HAYA LUGAR PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL DE LA SOCIEDAD, DENTRO DE LOS LIMITES LEGALES Y ESTATUTARIOS; 17. EJECUTAR Y CUMPLIR ESTRICTAMENTE TODOS LOS ACTOS, CONTRATOS Y OBLIGACIONES QUE CONTRAIGA LA SOCIEDAD; 18. RESPONDER POR QUE EL CONTROL INTERNO DE LA SOCIEDAD SE LLEVE A CABO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY DE SERVICIOS PUBLICOS; 19. EJECUTAR LAS DETERMINACIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA; 20. RESPONDER POR LA DIRECCION Y MANEJO DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL DE LA SOCIEDAD Y ASEGURARSE QUE SE CUMPLA CON EL REGLAMENTO DE CONTRATACION ESTABLECIDO POR LA JUNTA DIRECTIVA; 21. CUIDAR DE LA RECAUDACION Y DE LA ADECUADA INVERSION DE LOS FONDOS DE LA SOCIEDAD; 22. ADELANTAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA LOGRAR EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS POR PARTE DE LOS USUARIOS O SUSCRIPTORES Y PARA LA CANCELACION OPORTUNA DE LAS COMPRAS DE ENERGIA; 23. PRESENTAR CONJUNTAMENTE CON LA JUNTA DIRECTIVA A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, PARA SU APROBACION, EL INFORME DE GESTION Y EL BALANCE DE FIN DE EJERCICIO ACOMPAÑADO DE LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LA LEY PARA ESTE EFECTO. LO ANTERIOR DEBERA COLOCARSE A DISPOSICION DE LOS ACCIONISTAS, CON POR LO MENOS QUINCE (15) DIAS HABILES DE ANTELACION A LA FECHA EN QUE TENDRA LUGAR LA REUNION ORDINARIA; 24. RENDIR LAS DEMAS CUENTAS A LOS ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA, EN CUALQUIER MOMENTO, AL FINAL DE CADA AÑO Y CUANDO SE RETIRE DEL CARGO; 25. SUSCRIBIR LOS CONTRATOS DE LA SOCIEDAD Y DELEGAR, TOTAL O PARCIALMENTE, LA COMPETENCIA PARA CELEBRARLOS, EN FUNCIONARIOS QUE DESEMPEÑEN CARGOS DE NIVEL DIRECTIVO O EJECUTIVO O SUS EQUIVALENTES. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO INTERNO DE CONTRATACION ESTABLECIDO POR LA JUNTA DIRECTIVA; 26. FIJAR LAS CUANTIAS DE LOS ACTOS O CONTRATOS CUYA CELEBRACION DELEGUE. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO INTERNO DE CONTRATACION ESTABLECIDO POR LA JUNTA DIRECTIVA; 27. COMPARECER COMO ACTOR, COADYUVANTE O DEMANDADO, EN TODA CLASE DE ACCIONES, RECLAMACIONES O PROCESOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES, PUDIENDO CONSTITUIR COMO APODERADOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A FUNCIONARIOS DE LA SOCIEDAD O A PROFESIONALES AJENOS A LA MISMA, EN QUIENES PODRA DELEGAR LAS FACULTADES QUE JUZGUE NECESARIAS, SOLICITARLES CONCEPTOS, FIJARLE SUS HONORARIOS, Y DELEGARLE LAS ATRIBUCIONES QUE CONSIDERE PERTINENTES, SIEMPRE QUE TALES FACULTADES SEAN COMPATIBLES CON SUS FUNCIONES COMO GERENTE GENERAL Y LAS LIMITACIONES DE SUS PROPIAS ATRIBUCIONES; 28. REPRESENTAR LAS ACCIONES O INTERESES QUE TENGA LA SOCIEDAD EN SOCIEDADES, ASOCIACIONES, FUNDACIONES O CORPORACIONES, O EN CUALQUIER OTRA MODALIDAD ASOCIATIVA; 29. REALIZAR TODAS LAS FUNCIONES Y ADOPTAR TODAS LAS DECISIONES QUE NO ESTAN EXPRESAMENTE ATRIBUIDAS A OTRO ORGANO O REPRESENTANTE Y QUE SEAN REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL; 30. CUMPLIR DE MANERA ESTRICTA CON EL CODIGO DE BUEN GOBIERNO CORPORATIVO. 31. EJERCER LAS DEMAS FUNCIONES LEGALES Y ESTATUTARIAS QUE LE COMPETAN Y LAS QUE LE ASIGNE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA; PARAGRAFO PRIMERO: EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, EL GERENTE GENERAL PUEDE, DENTRO DE LOS LIMITES Y CON LOS REQUISITOS QUE LE SEÑALEN LOS ESTATUTOS Y LA LEY, COMPARECER EN LOS PROCESOS QUE TENGA INTERES LA SOCIEDAD, EJERCITAR TODOS LOS ACTOS QUE LE CONFIERE LA LEY A LOS ADMINISTRADORES, Y EN GENERAL EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y VELAR POR LA CELEBRACION DE TODOS LOS CONTRATOS QUE SEAN NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA, PROTECCION DE LOS INTERESES Y FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD, SIEMPRE QUE TALES FACULTADES SEAN COMPATIBLES CON SUS FUNCIONES COMO GERENTE GENERAL Y LAS LIMITACIONES DE SUS PROPIAS ATRIBUCIONES; PARAGRAFO SEGUNDO: LAS FUNCIONES PROPIAS DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL, PRESUPUESTAL, DE TESORERIA Y DE ADMINISTRACION DE PERSONAL, PODRAN SER DELEGADAS EN TRABAJADORES DE LA SOCIEDAD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY Y LOS ESTATUTOS. EN EL EVENTO QUE LOS ESTATUTOS NO HAGAN REFERENCIA A LA POSIBILIDAD DE

DELEGACION DE UNA FUNCION, AQUELLA SOLO SERA POSIBLE SI LA LEY LA PERMITE Y PREVIA AUTORIZACION DE LA JUNTA DIRECTIVA. LAS CONVOCATORIAS A LAS REUNIONES ORDINARIAS DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS Y JUNTA DIRECTIVA, PODRA DELEGARLAS EN EL SECRETARIO GENERAL. PARAGRAFO TERCERO: EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, EL GERENTE GENERAL PUEDE, DENTRO DE LOS LIMITES Y CON LOS REQUISITOS QUE LE SEÑALEN LOS ESTATUTOS Y LA LEY, ADQUIRIR Y ENAJENAR A CUALQUIER TITULO BIENES MUEBLES E INMUEBLES, GRAVARLOS Y LIMITAR SU DOMINIO, TENERLOS O ENTREGARLOS A TITULO PRENDARIO, ALTERAR LA FORMA DE LOS BIENES RAICES POR SU NATURALEZA Y POR SU DESTINO, COMPARECER EN LOS PROCESOS QUE TENGA INTERES LA SOCIEDAD, DESISTIR, CONCILIAR, INTERPONER TODO GENERO DE RECURSOS Y EJERCITAR TODOS LOS ACTOS PROCESALES QUE LE CONFIERE LA LEY, TRANSIGIR LOS NEGOCIOS SOCIALES, RECIBIR EN MUTUO CUALQUIER CANTIDAD DE DINERO, HACER DEPOSITOS EN BANCOS, SUSCRIBIR ENCARGOS FIDUCIARIOS, GIRAR, EXTENDER, PROTESTAR, ACEPTAR, ENDOSAR, COBRAR, PAGAR, NEGOCIAR CHEQUES, LETRAS, PAGARES, BONOS, CARTAS DE PORTE, FACTURAS CAMBIARIAS, CERTIFICADOS NEGOCIABLES DE DEPOSITO A TERMINO Y CUALESQUIERA OTROS TITULOS VALORES, ACEPTAR Y CEDER CREDITOS, NOVAR OBLIGACIONES, ADQUIRIR EN EL PAIS O EN EL EXTERIOR EQUIPOS ADECUADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL, Y EN GENERAL, EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS QUE SEAN NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD, SIEMPRE QUE TALES FACULTADES SEAN COMPATIBLES CON SUS FUNCIONES COMO GERENTE GENERAL Y LAS LIMITACIONES DE SUS PROPIAS ATRIBUCIONES.

CERTIFICA - PODERES

MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA 0310 DE LA NOTARIA UNICA DE PALERMO HUILA, DEL 03 DE JULIO DE 2019, REGISTRADA BAJO EL NUMERO 1012 DEL LIBRO V, EL 23 DE JULIO DE 2019, SE LE CONFIERE PODER AMPLIO Y SUFICIENTE CON FUNCIONES AL SEÑOR LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR: COMPARECIERON CON MINUTA HERNANDO RUIZ LOPEZ, MAYOR DE EDAD, DE NACIONALIDAD COLOMBIANA, VECINO Y DOMICILIADO EN NEIVA, IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 19.458.650 EXPEDIDA EN BOGOTA, ACTUANDO EN SU CALIDAD DE GERENTE GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P., CON SIGLA ELECTROHUILA S.A. E.S.P., IDENTIFICADA CON NIT 891.180.001-1, DE ACUERDO AL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE NEIVA QUE SE PROTOCOLIZA, Y QUE PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE PODER SE DENOMINARA EL PODERDANTE, MANIFESTÓ QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA CONFIERE PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE AL SEÑOR LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR, MAYOR DE EDAD, DE NACIONALIDAD COLOMBIANO, VECINO Y DOMICILIADO EN EL MUNICIPIO DE NEIVA, IDENTIFICADO CON CEDULA DE CEDULA CIUDADANIA NÚMERO 7.687.859 DE NEIVA QUIEN PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE PODER SE DENOMINA EL APODERADO, MANDATO QUE SE CONFIERE CONFORME LAS FUNCIONES ASIGNADAS AL GERENTE GENERAL MEDIANTE ESCRITURA PUBLICA 1171 DEL 4 DE MAYO DE 2005 DE LA NOTARIA TERCERA DE NEIVA, ART. 52, QUE CONSAGRA: 1. ADMINISTRAR LA SOCIEDAD Y REPRESENTARLA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE. EL GERENTE GENERAL PODRA DELEGAR LA REPRESENTACION JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL DE LA SOCIEDAD. 22. ADELANTAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA LOGRAR EL PAGO OPORTUNO DE LOS SERVICIOS POR PARTE DE LOS USUARIOS SUSCRIPTORES. 27. COMPARECER COMO ACTOR, COADYUVANTE O DEMANDADO EN TODA CLASE DE ACCIONES, RECLAMACIONES O PROCESOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES, PUDIENDO CONSTITUIR COMO APODERADOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES A FUNCIONARIOS DE LA SOCIEDAD O A PROFESIONALES AJENOS A LA MISMA, EN QUIENES PODRA DELEGAR LAS FACULTADES QUE JUZGUE NECESARIAS. EL APODERADO PODRA REALIZAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P. LOS SIGUIENTES ACTOS: PRIMERO.- OTORGAR, REVOCAR O SUSTITUIR PODERES A LOS ABOGADOS INTERNOS O EXTERNOS DE ELECTROHUILA S.A E.S.P. EN LOS PROCESOS EJECUTIVOS QUE PRETENDA INICIAR O PROMUEVE CONTRA USUARIOS, TERCEROS O DEUDORES DE ELECTROHUILA S.A. E.S.P. SEGUNDO.- ENDOSAR LAS FACTURAS POR MEDIO DEL CUAL SE RECAUDA EL SERVICIO DE ENERGIA ELECTRICA PARA EL COBRO JURIDICO. TERCERO.- EL PODER SE ENTENDERA REVOCADO CUANDO LA RELACION LABORAL DEL APODERADO TERMINE CON LA ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P. PRESENTE EL SEÑOR LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR, SUBGERENTE COMERCIAL DE ELECTROHUILA S.A. E.S.P. CIVILMENTE HABIL Y DE CUYO PERSONAL CONOCIMIENTO DA FE EL SUSCRITO NOTARIO, DIJO: QUE ACEPTA EL PODER GENERAL QUE POR MEDIO DE ESTA ESCRITURA LE CONFIERE, Y QUE HARA USO DE EL CUANDO SEA OPORTUNO.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 111 DEL 26 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA ORDINARIA DE ACCIONISTAS 2019, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53902 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 27 DE MAYO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
FIRMA REVISORA FISCAL	MGI PAEZ ASOCIADOS Y CIA SAS	NIT 860508480-4	8605084804

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 07 DE MAYO DE 2019 DE REPRESENTANTE LEGAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 54042 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE JUNIO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL DELEGADO	VARGAS DIAZ DIANA LORENA	CC 1,117,884,616	178392-T

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 07 DE MAYO DE 2019 DE REPRESENTANTE LEGAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 54042 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE JUNIO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL SUPLENTE DELEGADO	BERMUDEZ CARABALLO NANCY ESTHER	CC 51,594,129	30084-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.
MATRICULA : 2252
FECHA DE MATRICULA : 19720411
FECHA DE RENOVACION : 20190329
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019
DIRECCION : KILOMETRO 1 VIA PALERMO
BARRIO : ZONA INDUSTRIAL
MUNICIPIO : 41001 - NEIVA
TELEFONO 1 : 8664600
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@electrohuila.co
ACTIVIDAD PRINCIPAL : D3514 - COMERCIALIZACION DE ENERGIA ELECTRICA
ACTIVIDAD SECUNDARIA : D3513 - DISTRIBUCION DE ENERGIA ELECTRICA
OTRAS ACTIVIDADES : D3511 - GENERACION DE ENERGIA ELECTRICA
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 832,701,915,962

CERTIFICA

DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y FISCALIZACIÓN: LA DIRECCIÓN, LA ADMINISTRACIÓN Y LA FISCALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD SERÁN EJERCIDAS, DENTRO DE SUS RESPECTIVAS COMPETENCIAS LEGALES Y ESTATUTARIAS, POR LOS SIGUIENTES ÓRGANOS PRINCIPALES: 1. LA ASAMBLEA

GENERAL DE ACCIONISTAS. 2. JUNTA DIRECTIVA. 3. GERENTE GENERAL. 4. REVISOR FISCAL.

ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS: LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS LA CONSTITUYEN LAS PERSONAS INSCRITAS COMO ACCIONISTAS EN EL LIBRO DE REGISTRO DE ACCIONES DE LA SOCIEDAD REUNIDOS CON EL QUÓRUM Y EN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN ESTOS ESTATUTOS.

LA SOCIEDAD TENDRÁ UNA JUNTA DIRECTIVA INTEGRADA POR CINCO (5) MIEMBROS PRINCIPALES CON SUS RESPECTIVOS SUPLENTES PERSONALES, ELEGIDOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS MEDIANTE EL SISTEMA DE CUOCIENTE ELECTORAL.

FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA: REUNIDA LA JUNTA DIRECTIVA CON EL QUÓRUM Y EN LAS CONDICIONES QUE SEÑALAN ESTOS ESTATUTOS DE ACUERDO CON LA LEY, SUS FUNCIONES SERÁN LAS SIGUIENTES: 1. DARSE SU PROPIO REGLAMENTO; 2. APROBAR EL REGLAMENTO DE CONTRATACIÓN DE LA SOCIEDAD; 3. NOMBRAR Y REMOVER LIBREMENTE AL GERENTE GENERAL DE LA SOCIEDAD Y SUS SUPLENTES, ASÍ COMO DESIGNAR AL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE TERNA PRESENTADA POR EL GERENTE GENERAL DE LA SOCIEDAD, PROCURANDO EN TODOS LOS CASOS QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS QUE LA JUNTA DIRECTIVA ESTABLEZCA PARA ESTE CARGO. 4. CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS CONFORME A LA LEY O A LOS ESTATUTOS, O CUANDO LO CREA CONVENIENTE; 5. COOPERAR CON EL GERENTE GENERAL EN LA ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS NEGOCIOS SOCIALES; 6. PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS JUNTO CON EL GERENTE GENERAL, EL BALANCE Y LAS CUENTAS DE CADA EJERCICIO ANUAL, UN INFORME RAZONADO SOBRE LA SITUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LA SOCIEDAD Y EL RESPECTIVO PROYECTO DE DISTRIBUCIÓN DE UTILIDADES; 7. AUMENTAR EL CAPITAL AUTORIZADO DE LA SOCIEDAD EN EL CASO PREVISTO EN EL NUMERAL 19.4 DE LA LEY 142 DE 1994; 8. APROBAR EL REGLAMENTO DE SUSCRIPCIÓN DE ACCIONES; 9. RESOLVER SI EL PAGO DE NUEVAS ACCIONES PUEDE HACERSE EN BIENES DISTINTOS DE DINERO, CASO EN EL CUAL PROCEDERÁ A HACER EL AVALÚO CORRESPONDIENTE; 10 EXAMINAR CUANDO LO TENGA A BIEN, POR SI O POR MEDIO DE UNA COMISIÓN, LOS LIBROS DE LA SOCIEDAD, SUS CUENTAS, CONTRATOS Y DOCUMENTOS EN GENERAL; 11. VELAR POR EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS CONVENIOS DE DESEMPEÑO Y DEMÁS OBLIGACIONES QUE CONTRAIGA LA SOCIEDAD Y EVALUAR LOS RESULTADOS DE ACUERDO CON LAS METAS TRAZADAS; 12. APROBAR EL PRESUPUESTO ANUAL DE LA SOCIEDAD Y DICTAR LAS NORMAS PARA LA ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL MISMO, CUIDANDO SU ADECUACIÓN A LOS PLANES Y PROGRAMAS PARA CADA VIGENCIA; 13. EXIGIR AL JEFE DE CONTROL INTERNO INFORMES DE MANERA PERIÓDICA O CUANDO LO CONSIDERE PERTINENTE. 14. APROBAR EL PLAN ESTRATÉGICO Y EL PLAN DE ACCIÓN DE LA SOCIEDAD Y LOS CRITERIOS NECESARIOS PARA SU EVALUACIÓN Y VELAR POR ESTRICTO CUMPLIMIENTO; 15. DECIDIR SOBRE LAS EXCUSAS, LICENCIAS Y VACACIONES DEL GERENTE GENERAL Y LLAMAR A LOS SUPLENTES RESPECTIVOS; 16. CONSIDERAR LOS INFORMES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO Y COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES EN CUANTO A OPERACIÓN, INGRESOS, GASTOS, EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA, SITUACIÓN FINANCIERA, NOMBRAMIENTO DE PERSONAL, Y DEMÁS ASPECTOS REFERENTES A SU GESTIÓN, INCLUYENDO LOS CRITERIOS, CARACTERÍSTICAS, INDICADORES Y MODELOS DE CARÁCTER OBLIGATORIO DEFINIDOS POR LA RESPECTIVA COMISIÓN DE REGULACIÓN, Y ORDENAR LAS ACCIONES QUE CREA PERTINENTES; 17. PROPONER LAS MODIFICACIONES QUE SE CONSIDEREN PERTINENTES A LA ESTRUCTURA DE LA SOCIEDAD; 18. APROBAR LA PLANTA DE PERSONAL Y SUS MODIFICACIONES E INDICAR LA POLÍTICA DE REMUNERACIÓN, O PROPONERLA A LOS ORGANISMOS COMPETENTES, CUANDO ASÍ DIERA LUGAR DE ACUERDO CON LA COMPOSICIÓN ACCIONARIA DE LA EMPRESA; 19. SERVIR DE ÓRGANO CONSULTIVO PARA TODOS LOS ASUNTOS QUE LE REQUIERA EL GERENTE GENERAL; 20. AUTORIZAR EL ESTABLECIMIENTO DE SUCURSALES, AGENCIAS O SUBORDINADAS, EN LOS LUGARES QUE ESTIME CONVENIENTE; 21. DELEGAR EN EL GERENTE GENERAL ALGUNA O ALGUNAS DE LA (S) FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA QUE CONFORME A LA LEY SE PUEDAN DELEGAR; 22. DESIGNAR LAS PERSONAS QUE HABRÁN DE REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA NEGOCIACIÓN DE CONVENCIONES COLECTIVAS DE TRABAJO Y SEÑALARLES LAS PAUTAS A SEGUIR; 23. VELAR PORQUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SEA EFICIENTE Y SE CUMPLAN LAS NORMAS LEGALES Y REGULATORIAS PROPIAS DEL MISMO; 24. ORDENAR LAS ACCIONES QUE CORRESPONDAN CONTRA LOS ADMINISTRADORES O FUNCIONARIOS DIRECTIVOS Y ASESORAR AL GERENTE GENERAL EN RELACIÓN CON LAS ACCIONES JUDICIALES QUE DEBAN INICIARSE O PROSEGUIRSE; 25. CUIDAR DEL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS

DISPOSICIONES CONSIGNADAS EN ESTOS ESTATUTOS Y DE LAS QUE SE DICTEN PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD; 26. AUTORIZAR AL GERENTE GENERAL PARA DELEGAR AQUELLAS FUNCIONES QUE, DE ACUERDO CON ESTOS ESTATUTOS Y LAS QUE FUESEN DELEGABLES; 27. AUTORIZAR AL GERENTE GENERAL PARA OFRECER A LOS TRABAJADORES DE LA SOCIEDAD BONIFICACIONES, DERECHOS Y PRESTACIONES LABORALES ESPECIALES PARA SU DESVINCULACIÓN DE LA MISMA POR MUTUO ACUERDO, SEÑALANDO UN PLAZO PARA EL EFECTO; 28. CUANDO ASÍ LO CONSIDERE NECESARIO, PODRÁ CONTRATAR POR INTERMEDIO DE LA ADMINISTRACIÓN ASESORES O CONSULTORES EN TEMAS ESPECÍFICOS, QUE REPORTARAN EL RESULTADO DE SUS ESTUDIOS O AVERIGUACIONES DIRECTAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA. 29. ADOPTAR, DESARROLLAR E IMPLEMENTAR EL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO CORPORATIVO, DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS INSERTOS EN LOS ESTATUTOS DE LA SOCIEDAD. 30. LAS DEMÁS QUE SE SEÑALEN EN LOS ESTATUTOS O LE SEAN DELEGADAS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

REVISOR FISCAL: EL REVISOR FISCAL Y SU SUPLENTE SERÁN DESIGNADOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTA PARA UN PERIODO DE UN (1) AÑO, IGUAL AL DE LA JUNTA DIRECTIVA, PERO PUEDEN SER REMOVIDOS EN CUALQUIER TIEMPO POR LA ASAMBLEA O SER REELEGIDOS INDEFINIDAMENTE. EL SUPLENTE REEMPLAZARA AL PRINCIPAL EN TODOS LOS CASOS DE FALTA ABSOLUTA O TEMPORAL.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL REVISOR FISCAL Y SU SUPLENTE PUEDEN SER PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS DEBERÁN SER CONTADORES PÚBLICOS SI SE TRATA DE PERSONAS NATURALES Y EN EL CASO DE LAS PERSONAS JURÍDICAS, DEBERÁN TENER A SU SERVICIO A PROFESIONALES EN CONTADURÍA PUBLICA. ESTARÁN SUJETOS AL RÉGIMEN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES, PROHIBICIONES Y RESPONSABILIDADES QUE ESTABLECEN LAS LEYES. PARÁGRAFO SEGUNDO.- EL REVISOR FISCAL NO TENDRÁ COMPETENCIA PARA INTERVENIR EN LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA SOCIEDAD, POR TANTO SOLO PODRÁ REALIZAR LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS INHERENTES A LA ORGANIZACIÓN DE LA MISMA REVISORÍA.

SON FUNCIONES DEL REVISOR FISCAL: 1. CERCIORARSE DE QUE LAS OPERACIONES QUE SE REALICEN POR CUENTA DE LA SOCIEDAD SE AJUSTEN A LO PRESCRITO EN LOS ESTATUTOS SOCIALES Y LAS LEYES, A LAS DECISIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL Y DE LA JUNTA DIRECTIVA; 2. DAR OPORTUNA CUENTA POR ESCRITO A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, A LA JUNTA DIRECTIVA O AL GERENTE GENERAL, SEGÚN LOS CASOS, DE LAS IRREGULARIDADES QUE OCURRAN EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD Y EN EL DESARROLLO DE LOS NEGOCIOS; 3. COLABORAR CON LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES QUE EJECUTA LA INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LA SOCIEDAD Y RENDIRLES LOS INFORMES A QUE HAYA LUGAR O QUE SEAN SOLICITADOS; 4. REMITIR AL ÓRGANO DE CONTROL FISCAL RESPECTIVO, SU INFORME A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS CON UNA ANTELACIÓN MINIMA DE DIEZ (10) DÍAS A LA FECHA EN QUE SE CELEBRARA LA REUNIÓN DE LA ASAMBLEA; 5. VELAR PORQUE SE LLEVE REGULARMENTE LA CONTABILIDAD DE LA SOCIEDAD Y LAS ACTAS DE LAS REUNIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA Y PORQUE SE CONSERVEN DEBIDAMENTE LA CORRESPONDENCIA DE LA SOCIEDAD Y LOS COMPROBANTES DE LAS CUENTAS, IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES NECESARIAS PARA TALES FINES; 6. INSPECCIONAR ASIDUAMENTE LOS BIENES DE LA SOCIEDAD Y PROCURAR PORQUE SE TOMEN OPORTUNAMENTE LAS MEDIDAS DE CONSERVACIÓN O SEGURIDAD DE LOS MISMOS Y DE LOS QUE ELLA TENGA EN CUSTODIA O A CUALQUIER TITULO; 7. IMPARTIR LAS INSTRUCCIONES, PRACTICAR LAS INSPECCIONES Y SOLICITAR LOS INFORMES QUE SEAN NECESARIOS PARA ESTABLECER UN CONTROL PERMANENTE SOBRE LOS VALORES SOCIALES; 8. AUTORIZAR CON SU FIRMA CUALQUIER BALANCE QUE SE HAGA CON SU DICTAMEN O INFORME CORRESPONDIENTE; 9. CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS A REUNIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE NECESARIO; 10. CUMPLIR LAS DEMÁS ATRIBUCIONES QUE LE ASIGNE LA LEY O LOS ESTATUTOS Y LAS QUE SIENDO COMPATIBLES CON LAS ANTERIORES LE ENCOMIENDE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

QUE SEGÚN RESOLUCIÓN NO. 36 DEL 29 DE ENERO DE 1948, EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES ANÓNIMA, REGISTRADA EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO EL 4 DE FEBRERO DE 1948, NUMERO 466, FOLIOS 81 83, TOMO VII DEL LIBRO DE REGISTRO SE CONCEDIÓ PERMISO DEFINITIVO DE FUNCIONAMIENTO A LA MENCIONADA SOCIEDAD.

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS

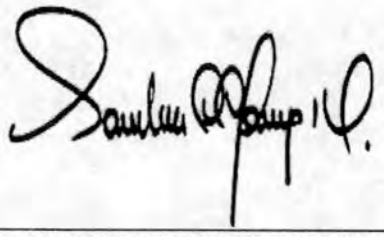
IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE NEIVA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siineiva.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación fDgddWCRUT

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

ELECTROHUILA

S.A E.S.P.

Transmitimos buena energía

Contrato de Prestación de Servicios Públicos Domiciliarios con condiciones Uniformes de Energía Eléctrica

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS CON CONDICIONES UNIFORMES DE ENERGÍA ELÉCTRICA

Este Contrato se celebra entre la Electrificadora del Huila S.A .E.S.P, en adelante la **EMPRESA**, sociedad anónima por acciones, que opera bajo las leyes Colombianas, con domicilio principal en la ciudad de Neiva, por una parte; y por la otra parte, el **"SUSCRIPTOR"** o **USUARIO"**, quien con la compra del servicio de energía eléctrica que presta la **EMPRESA** acepta y se acoge a todas las disposiciones del presente contrato de prestación de servicios públicos domiciliarios con condiciones uniformes.

TITULO I
OBJETO DEL CONTRATO

CAPITULO I
OBJETO

CLÁUSULA 1.-OBJETO DEL CONTRATO: El objeto de presente contrato es definir las condiciones uniformes del servicio público domiciliario de energía eléctrica, en virtud del cual una empresa de servicios públicos presta a un usuario a cambio de un precio en dinero, de acuerdo a estipulaciones que han sido definidas por ella para ofrecerlas a muchos usuarios no determinados.

TITULO II
DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I
PARTES DEL CONTRATO Y REGIMEN LEGAL

CLÁUSULA 2. EXISTENCIA DEL CONTRATO Existe contrato de servicios públicos de energía desde que la **EMPRESA** define las condiciones uniformes en las que está dispuesta a prestar el servicio y el propietario, o quien utiliza un inmueble determinado, solicita recibir allí el servicio, siempre que el solicitante y el inmueble se encuentren en las condiciones previstas en este contrato.

CLÁUSULA 3. EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO: Existe contrato de servicios públicos desde que la **EMPRESA** define las condiciones uniformes en las que está dispuesta a prestar el servicio y el **SUSCRIPTOR USUARIO** solicita recibir allí el servicio siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

Las condiciones técnicas que determina el Código de Distribución, el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas RETIE y demás normas complementarias o en el caso de haber recibido efectiva y legalmente la prestación del servicio objeto del contrato.

CLÁUSULA 4. PARTES DEL CONTRATO: Son partes la **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.**, quien en adelante se denominará la EMPRESA y los suscriptores y/o usuarios, quienes en adelante se denominarán como el **SUSCRIPTOR O USUARIO**.

El propietario del inmueble, el suscriptor, el suscriptor potencial y los usuarios del servicio son solidarios en sus obligaciones y derechos en el contrato de servicios públicos.

Las deudas derivadas de la prestación de los servicios públicos podrán ser cobradas ejecutivamente ante los jueces competentes ó bien ejerciendo la jurisdicción coactiva por las empresas oficiales de servicios públicos. La factura expedida por la empresa y debidamente firmada por el representante legal de la entidad prestará mérito ejecutivo de acuerdo a las normas del derecho civil y comercial.
El contrato de servicios públicos se regirá por lo dispuesto en la Ley 142 de 1994, por las condiciones especiales que se pacten con los usuarios, por las condiciones uniformes que señalen las empresas de servicios públicos, y por las normas del Código de Comercio y del Código Civil.

En consecuencia, el **SUSCRIPTOR O USUARIO**, con la solicitud de servicio, acepta las normas, derechos, obligaciones, tarifas y condiciones uniformes que regulen la prestación del servicio público de energía eléctrica o que hayan sido fijadas por la **EMPRESA** para regular la relación con sus **SUSCRIPTORES O USUARIOS** y, por lo tanto, se obliga al cumplimiento de todas y cada una de ellas.

Existe contrato de servicios públicos aun cuando algunas de las estipulaciones sean objeto de acuerdo especial con uno o algunos usuarios.

A los contratos de servicios públicos con los Suscriptores Comunitarios de las Zonas Especiales, y A los comercializadores de energía en el área de influencia del operador de red aplicarán, además de las condiciones especiales estipuladas en los contratos suscritos para el efecto y en las disposiciones de Ley, los términos del presente contrato de condiciones uniformes, en lo pertinente y en la medida que sea compatible con sus estipulaciones especiales y en la misma regulación.

CLÁUSULA 5. CAPACIDAD DEL SUSCRIPTOR O USUARIO PARA CONTRATAR: Cualquier persona capaz de contratar que habite o utilice de modo permanente un inmueble, a cualquier título, tendrá derecho a recibir el servicio público domiciliario de energía eléctrica y ser parte del presente contrato. **El SUSCRIPTOR O USUARIO** podrá probar la habitación mediante cualquiera de los medios previstos en el Código de Procedimiento Civil.

De conformidad con el artículo 134 de la ley 142 de 1994, cualquier persona que habite o utilice de modo permanente un inmueble, a cualquier título, tendrá derecho a recibir los servicios públicos domiciliarios de energía y/o gas por red de ductos, al hacerse parte de un contrato de servicios públicos. El prestador de servicios públicos, deberá decidir la solicitud de acuerdo con las siguientes reglas:
a) Para presentar la solicitud no podrán ser exigidos por la **EMPRESA** más requisitos que los estrictamente necesarios para identificar al suscriptor potencial, al inmueble, y las condiciones especiales del suministro, si las hubiere. En caso de que la solicitud sea presentada en forma incompleta, la **EMPRESA** deberá recibirla e indicarle al **USUARIO** los requisitos que falta por cumplir, de acuerdo con lo previsto en las condiciones uniformes. Una vez el usuario cumpla ante la empresa los requisitos previstos en el contrato, la empresa no podrá exigirle más requisitos, ni negarle la solicitud del servicio fundándose en motivos que haya dejado de indicar.

b) La solicitud debe ser resuelta dentro del plazo previsto en las condiciones uniformes de prestación del servicio, el cual no excederá de quince (15) días siguientes a la fecha de su presentación, a menos que se requiera de estudios especiales para autorizar la conexión, en cuyo caso el distribuidor dispondrá de un plazo de tres (3) meses para realizar la conexión.

Parágrafo 1º. Cuando existan dos o más empresas comercializadoras que ofrezcan el servicio a los suscriptores o usuarios de una misma red local, sea que se trate del servicio de energía eléctrica o de gas combustible, la solicitud se hará al comercializador que libremente escoja el usuario, salvo que se trate de áreas de servicio exclusivo para la prestación del servicio respectivo.

Corresponderá al comercializador efectuar ante la **EMPRESA** distribuidora todas las gestiones necesarias para la conexión a la red de los usuarios que atiende, sin perjuicio de que estos asuman los costos correspondientes

Parágrafo 2º. Sin perjuicio del derecho que tienen los usuarios a escoger el prestador del servicio, el comercializador que solicite y obtenga de la Comisión, la aprobación del costo de comercialización, cuando se trate del servicio de electricidad; o del costo unitario de distribución (Dt), tratándose del servicio de gas por red de ductos, para prestar el servicio en el área donde se localiza el suscriptor potencial o usuario, no podrá rechazar las solicitudes que le presenten los suscriptores potenciales o usuarios ubicados en esa área, cuando cumplan las condiciones previstas en el contrato para tal fin.
CLÁUSULA 6. SOLIDARIDAD. El propietario o poseedor del inmueble, el **SUSCRIPTOR** y los **USUARIOS** del servicio son solidarios en sus obligaciones y derechos en el contrato de servicios públicos

Los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de arrendamiento son solidarios, tanto entre arrendadores como entre arrendatarios. En consecuencia, la restitución del inmueble y las obligaciones económicas derivadas del contrato, pueden ser exigidas o cumplidas por todos o cualquiera de los arrendadores a todos o cualquiera de los arrendatarios, o viceversa.

Los arrendadores que no hayan demandado y los arrendatarios que no hayan sido demandados, podrán ser tenidos en cuenta como intervinientes litisconsorciales, en los términos del inciso tercero del artículo 52 del Código de Procedimiento Civil.

En todo caso el propietario o poseedor del inmueble, el SUSCRIPTOR y los USUARIOS del servicio son solidarios en sus obligaciones y derechos en el contrato de servicios públicos, tal como lo determina ley 820 de 2003, decreto 3230 de 2003.

CLÁUSULA 7. RÉGIMEN LEGAL: El contrato de servicios públicos se regirá por lo dispuesto en la Ley, por las condiciones especiales que se pacten con los usuarios, por las condiciones uniformes que señalen las empresas de servicios públicos, y por las normas del Código de Comercio y del Código Civil.

Cuando haya conflicto entre las condiciones uniformes y las condiciones especiales, se preferirán éstas. Al definir los efectos fiscales del contrato de servicios públicos, se tendrá en cuenta que, a pesar de tener condiciones uniformes, resulta celebrado con cada usuario en particular.

CLÁUSULA 8. CESIÓN DEL CONTRATO Y LIBERACIÓN DE OBLIGACIONES: En la enajenación de bienes raíces urbanos, cualquiera que sea su forma, se entiende que hay cesión del presente contrato, salvo que las partes acuerden otra cosa. La cesión operará de pleno derecho e incluye la propiedad de los bienes inmuebles por adhesión o destinación utilizados para usar el servicio. En los inmuebles rurales para la liberación de las obligaciones relacionadas con el contrato de servicios públicos, el **SUSCRIPTOR O USUARIO** deberá anexar documento en
el cual el nuevo propietario manifieste su consentimiento para asumir las obligaciones como **SUSCRIPTOR O USUARIO** del contrato de servicios públicos.

CLÁUSULA 9. ÁREA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: La **EMPRESA** presta el servicio en el departamento del Huila y puede hacerlo extensivo en todo el territorio nacional de acuerdo con la normativa

CAPITULO II
CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

CLÁUSULA 10. CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. La **EMPRESA** suministrará el servicio de energía eléctrica bajo la modalidad de residencial o no residencial, en las condiciones de continuidad y calidad establecidas por la CREG, siempre y cuando la conexión de la carga sea viable técnicamente para la **EMPRESA**, el inmueble cumpla con los requisitos de tipo urbanístico establecidos por la autoridad competente, la zona en donde el inmueble esté ubicado no haya sido declarada como de alto riesgo y las instalaciones eléctricas se hayan ejecutador cumpliendo con las condiciones técnicas definidas por la **EMPRESA**, las disposiciones establecidas en el RETIE, en el código de conexión y en el reglamento de distribución o en las normas que la modifiquen sustituyan o adicionen y demás disposiciones legales. No obstante, la **EMPRESA** podrá en ciertos casos en donde la construcción se hubiere
realizado sin autorización, suministrar el servicio provisionalmente en las condiciones establecidas para, las Áreas Rurales, Áreas de Difícil Gestión y Zonas Subnormales (Decreto 160/2004) excepto que el bien esté ubicado en zona de alto riesgo, en este último caso la EMPRESA podrá suspender definitivamente el servicio.

CLÁUSULA 11. ESTUDIO DE CONEXIÓN PARTICULARMENTE COMPLEJO: Se requiere de un estudio de conexión particularmente complejo, cuando la solicitud de conexión contenga o implique las siguientes situaciones: El proyecto involucra el montaje de una subestación o transformador de distribución.

El proyecto implica un cambio de nivel de tensión.

CLÁUSULA 12. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DEL SERVICIO Y PUNTOS DE CONEXIÓN: La **EMPRESA** ofrecerá, de ser factible, al potencial SUSCRIPTOR o USUARIO un punto de conexión cuando éste lo solicite y garantizará el libre acceso a la red. Para tal efecto, el potencial SUSCRIPTOR o USUARIO deberá informar sobre la localización del inmueble, la potencia máxima requerida y el tipo de carga. La EMPRESA tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles, contados a partir de la fecha de presentación, para certificar la factibilidad del punto de conexión,
pudiendo la **EMPRESA** especificar por razones técnicas, debidamente sustentadas, un nivel de tensión diferente al solicitado por el potencial **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** para la conexión.

CLÁUSULA 13. SOLICITUD DE CONEXIÓN: El procedimiento para la aprobación de una solicitud de conexión por parte de **la EMPRESA**, se diferencia según el tipo de conexión, de la siguiente manera:

1. Cargas que no implican la expansión de la red del Sistema de Transmisión Regional y/o Sistema de Distribución Local: Cuando la conexión de un inmueble o una unidad inmobiliaria cerrada sólo requiera de la construcción de la acometida y/o activo de conexión, el procedimiento a seguir será:

- NIVEL I: Para proyectos de vivienda unifamiliar, pequeños comercios o industrias, con capacidad o potencia instalable no superior a 10 KVA siempre y cuando no tenga ambientes o equipos especiales y que no haga parte de edificaciones multifamiliares o construcciones consecutivas, el potencial **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** no está obligado a presentar diseño, pero a cambio, la persona calificada responsable de la construcción de la instalación eléctrica, deberá basarse en especificaciones predefinidas y deberá entregar al propietario de la instalación un esquema o plano del alcance de la construcción, con la información mínima definida en el RETIE.

- NIVEL I: En los casos no cubiertos por la anterior excepción, (servicios trifásicos con dispositivo de cole general de 30 amperios o superior), el potencial **SUSCRIPTOR O USUARIO** deberá presentar a la **EMPRESA** los planos eléctricos del inmueble y de la acometida hasta el punto de conexión definido en la etapa de factibilidad y las características de la demanda. El diseño debe contener como mínimo los aspectos definidos en el capítulo 2 del RETIE. Si la solicitud está relacionada con la modificación de una conexión existente, el **SUSCRIPTOR O USUARIO** deberá presentar los planos eléctricos de la conexión existente y los nuevos planos con la modificación requerida.

- NIVEL II, III y IV: Para solicitar una conexión nueva o la modificación de una existente, el **SUSCRIPTOR O USUARIO** potencial deberá presentar el diseño y memorias de cálculo, con toda la información pertinente definida en el RETIE, dependiendo de la complejidad de la conexión

2. Cargas que implican la expansión de la red del Sistema de Transmisión Regional y/o Sistema de Distribución Local: Cuando la conexión de un inmueble o una unidad inmobiliaria cerrada requiera, además de la construcción de la acometida, la construcción de redes de uso general, la **EMPRESA** será responsable del diseño de tales redes hasta el equipo de medida. El diseño deberá presentarse para revisión y visto bueno de la **EMPRESA.**

CLÁUSULA 14. OTROS REQUISITOS PARA SOLICITAR LA CONEXIÓN: El SUSCRIPTOR O USUARIO deberácumplir los siguientes requisitos dependiendo del nivel de tensión:

a. **NIVEL I:** Para los proyectos que no están obligados a la presentación de diseño, de acuerdo con el RETIE y según se definió en la cláusula anterior, la persona calificada responsable de la construcción de la instalación eléctrica y quien debe presentar al propietario un esquema o plano del alcance de la instalación, puede ser un técnico electricista clase TE-1 con licencia. Para los proyectos de nivel I que requieren diseño, este deberá ser realizado y firmado

por un ingeniero electricista con matrícula profesional vigente.
b. NIVELES II, III y IV: Los proyectos deberán ser realizados y firmados por un ingeniero electricista con matrícula profesional vigente.

En la solicitud que presente el potencial **SUSCRIPTOR O USUARIO** ante la **EMPRESA**, deberá anexar copia de las licencias, permisos y requisitos legales aplicables al tipo de conexión que sean exigidos por la autoridad competente.

CLÁUSULA 15. PLAZOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA APROBACIÓN O IMPROBACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE CONEXIÓN: La **EMPRESA** tendrá los siguientes plazos para dar respuesta, aprobando o improbando las solicitudes de conexión de cargas:

- Para Nivel I: Siete (7) días hábiles
- Para Nivel II y III: Quince (15) días hábiles
- Para Nivel IV: Veinte (20) días hábiles
- En algunos casos, para conexiones en los niveles de tensión II, III o IV, el plazo para aprobar o improbar la conexión podrá ser mayor al aquí establecido, cuando el OR necesite efectuar estudios que requieran de un plazo mayor. En este caso, el OR informará al USUARIO de la necesidad de efectuar tales estudios y el plazo que tomará la aprobación o improbación de la solicitud de conexión, sin que este plazo pueda exceder de tres (3) meses.
- La aprobación del proyecto por parte del OR no exonera de responsabilidad al diseñador por errores ú omisiones que afecten el STR y/o SDL en el cual opera el OR.
- El OR no podrá negar el acceso al servicio. En el evento de que la confiabilidad y calidad requeridas por el USUARIO sean superiores a los estándares establecidos en este Reglamento y para mejorarlas se requieran obras de infraestructura para reforzar el STR y/o SDL que opera el OR, el pago de los costos que resulten serán asumidos por el Usuario.
- La solicitud y planos aprobados para la conexión deberán tener una vigencia mínima de un (1) año.

CLÁUSULA 16. EJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE CONEXIÓN: Las obras de infraestructura y/o activos requeridos para efectuar la conexión del potencial **SUSCRIPTOR O USUARIO** deberán ser realizadas a su costa y bajo su responsabilidad. No obstante, previo acuerdo entre el **SUSCRIPTOR O USUARIO** y la **EMPRESA**, ésta podráejecutar las obras de infraestructura para la conexión las cuales serán a costa del **SUSCRIPTOR O USUARIO.**

Por otro lado, cuando se requieren redes locales o de uso general para la conexión del potencial suscriptor y/o del **SUSCRIPTOR O USUARIO**, estas son responsabilidad de la **EMPRESA**. Sin embargo, en el caso en que la **EMPRESA** presente limitaciones de tipo financiero que le impidan la ejecución de las obras [redacted] la oportunidad requerida por el potencial suscriptor o **SUSCRIPTOR O USUARIO**, tales obras podrán ser realizadas por éste último. En este caso se aplicará el esquema de remuneración indicado en el capítulo 9 de la resolución CREG 070-1998.

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Distribución expedido por la CREG, en el evento de nuevas redes de uso general realizadas por el potencial **SUSCRIPTOR** o el **SUSCRIPTOR O USUARIO**, éste deberá presentar ante la **EMPRESA** una garantía que ampare el cumplimiento de las normas técnicas descritas en el reglamento, por un monto no inferior al veinte por ciento (20%) de las obras y por un período de cinco (5) años a partir de la puesta en servicio de los activos.

CLÁUSULA 17. PUESTA EN SERVICIO: Previo a la puesta en servicio de una conexión, la **EMPRESA** verificará que la acometida y en general todos los equipos que hacen parte de la conexión del suscriptor potencial o del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, cumplan con las normas técnicas exigibles y que la operación de sus equipos no deteriorará la calidad de la potencia suministrada a los demás **SUSCRIPTORES o USUARIOS**. El potencial suscriptor o el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** coordinarán con la **EMPRESA** la realización de las pruebas y maniobras que se requieran para la puesta en servicio de la conexión, de conformidad con lo descrito en el Reglamento de Distribución expedido por la CREG y en el RETIE

Las instalaciones internas son responsabilidad del **SUSCRIPTOR O USUARIO** y deberán cumplir las condiciones técnicas que aseguren que las mismas sean seguras para ser usadas, sin afectar la seguridad de la red local ni a otro **SUSCRIPTOR O USUARIO**.

Si el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** es quien suministra los equipos, deberá [redacted]egar previo a la conexión, los protocolos de pruebas de laboratorio [redacted]editado del transformador de distribución y del equipo de medida: medidores de energía, transformadores de corriente y de potencia, así como de los equipos automáticos de maniobra a instalar de nivel II o superior como interruptores y reconectadores. En general, el suscriptor potencial o **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** debe demostrar que todos los productos empleados en la instalación eléctrica cuentan con certificados de conformidad de producto con el alcance definido en el RETIE.

De acuerdo con el RETIE, para la puesta en funcionamiento de una nueva instalación eléctrica, esta debe tener su "Certificado de Conformidad", el cual según la Decisión 506 de 2001 de la Comunidad Andina de Naciones, será la declaración del fabricante (es decir la persona calificada responsable de la construcción de la instalación eléctrica), avalada por el dictamen expedido por un organismo de inspección acreditado ante la SIC.

Se exceptúan del anterior requisito, las siguientes instalaciones:

a. Instalaciones eléctricas de guarniciones militares o de policía y en general aquellas que demanden reserva por aspectos de Seguridad Nacional; sin embargo, se exigirá una declaración suscrita por el comandante o director de la guarnición y por la persona calificada responsable de la interventoría o supervisión de la construcción de la instalación eléctrica, en la cual conste que se cumplió el RETIE.

b. Instalaciones provisionales cuya permanencia sea menor a un año, las cuales deben ser ejecutadas por personal calificado.

Auto declaración del constructor que complementa el dictamen de inspección, consiste en que la persona calificada responsable de la construcción de la instalación eléctrica, deberá declarar el cumplimiento del RETIE, diligenciando el formato "Declaración de Cumplimiento del Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas". Esta declaración se considera emitida bajo la gravedad de juramento.

En todo caso una vez cumplidos los requisitos anteriormente enunciados la **EMPRESA** tendrá un plazo máximo para resolver la solicitud de puesta en servicio de la Conexión de:

Para solicitudes correspondientes al Nivel de tensión I: Siete (7) días hábiles
Para solicitudes correspondientes al Nivel de tensión II y III: Diez (10) días hábiles
Para solicitudes correspondientes al Nivel de tensión IV: Tres (3) meses

Si el Distribuidor considera necesaria la realización de pruebas de los equipos, deberá informárselo al comercializador mediante comunicación escrita. En este caso los tiempos totales para realizar la puesta en servicio de la conexión serán máximo los siguientes:

- Para solicitudes correspondientes al Nivel de Tensión I: Catorce (14) días hábiles.
- Para solicitudes correspondientes al Nivel de Tensión II y III: Treinta (30) días hábiles.
- Para solicitudes correspondientes al Nivel de Tensión IV: Cuatro (4) meses.

CLÁUSULA 18. CARGO POR CONEXIÓN Y ESTUDIO PRELIMINAR: De acuerdo con lo dispuesto en el Art. 136 de la ley 142 de 1994, la **EMPRESA** podrá exigir, de acuerdo con las condiciones uniformes, que se haga un pago por revisión o por revisión y conexión para comenzar a cumplir el contrato, incluyendo, cuando así se requiera, los ajustes técnicos para la separación de otras fronteras comerciales. Las modificaciones a las conexiones existentes se tratarán como una conexión nueva. Para gozar del servicio domiciliario de energía eléctrica, el suscriptor potencial deberá obtener autorización de la **EMPRESA.** Para el efecto, se deberá observar el procedimiento y los requisitos descritos en el presente capítulo.

PARÁGRAFO 1.- La **EMPRESA** podrá cobrar las siguientes actividades asociadas con el servicio de conexión: Elsuministro de instalación del equipo de medición, el suministro de los materiales de la acometida y la ejecución de la obra de conexión. Cuando el constructor de un condominio, urbanización o copropiedad de tipo residencial ocomercial haya cubierto los respectivos cargos asociados a la conexión deberá comunicarlo a la **EMPRESA** para no efectuar el cobro al **SUSCRIPTOR O USUARIO** por estos conceptos.

PARÁGRAFO 2.- La **EMPRESA** no cobrará derechos de suministro, formularios de solicitud ni otros servicios ni bienes semejantes; pero si una solicitud de conexión implicara estudios particularmente complejos, su costo podrá cobrarse al interesado salvo que se trate de un **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** residencial perteneciente a los estratos 1, 2 y 3. La **EMPRESA** podrá ofrecer servicios relacionados con la conexión y en general la prestación del servicio, sin perjuicio de lo anterior, La **EMPRESA** realiza el cobro de la revisión de la conexión y sellado de contadores o
aparatos de medida

PARAGARFO 3.-Financiación de obras y equipos.- La **EMPRESA** podrá financiar las obras y equipos que instale directamente o a través de personas autorizadas, e incluir aspectos en la factura del servicio público del **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** como cuotas e intereses de esta financiación acordada con el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO.**

CLÁUSULA 19. NEGACIÓN DE LA SOLICITUD DE CONEXIÓN: La **EMPRESA** negará por escrito la solicitud de conexión del servicio en los siguientes casos:

a. Por razones técnicas susceptibles de ser probadas que estén expresamente previstas en el contrato.
b. Por no cumplir con el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas RETIE
c. Por no contar con el CERTIFICADO DE CONFORMIDAD RETIE (Autodeclaración del constructor y Dictamen de Inspección.)
d. Por no cumplir con los requisitos documentales definidos por la **EMPRESA** en el Procedimiento de Conexión de Nuevos **SUSCRIPTOR O USUARIO.**
e. Por no cumplir las instalaciones internas del inmueble con las normas técnicas y de seguridad establecidas tanto por la autoridad competente como por la **EMPRESA.**
f. Cuando el inmueble se encuentre asentado en zonas de alto riesgo..
g. Cuando el potencial suscriptor y/o el inmueble se encuentre en mora con otro comercializador de energía eléctrica por deudas de venta de energía eléctrica.
h. Cuando respecto al inmueble al cual se solicita la conexión existe mora en el pago por servicios prestados con anterioridad a la totalidad o parte del bien.
i. Cuando un inmueble haya sido desenglobado de otro inmueble de mayor o menor extensión que presente deuda con la **EMPRESA** u otro comercializador de energía

PARÁGRAFO 1.- La negación de la conexión al servicio se notificará al solicitante, con indicación de los motivos que sustentan la decisión. Contra ella proceden los recursos de reposición frente a la **EMPRESA** y en subsidio el de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

PARAFRAGO 2.- EXCLUSIVIDAD DEL SERVICIO. El servicio de energía eléctrica que se suministra a un inmueble, será para uso exclusivo del **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** y no podrá ser cedido, vendido, o facilitado a terceros, salvo por razones de orden público o situaciones excepcionales consideradas y autorizadas expresamente por la **EMPRESA**.

PARÁGRAFO 3.- EL SUSCRIPTOR O USUARIO deberá pagar el equipo de telemedida cuando así se requiera para prestar el servicio, de conformidad con lo dispuesto por el Código de Medición expedido por la CREG.

CAPITULO III
OBLIGACIONES DE LAS PARTES

CLÁUSULA 20. OBLIGACIONES DE LA EMPRESA: Sin perjuicio de las obligaciones que por vía general imponga
la autoridad competente son obligaciones de la **EMPRESA** las siguientes:

a. Suministrar energía eléctrica al inmueble, en forma continua con los parámetros de eficiencia, confiabilidad, continuidad y calidad.
b. Constituir una oficina de peticiones, quejas y recursos.
c. Devolver al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** los medidores y demás equipos retirados por la **EMPRESA** que sean de su propiedad, o cuando informado sobre la devolución, **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** no se presente a recibirlo en un plazo máximo de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de la comunicación, caso en el cual la **EMPRESA** no se hará responsable por el medidor no reclamado
d. Definir los procedimientos en los cuales se realizaran las visitas por desviaciones significativas, procesos de recuperación de energía, revisión de medidores, retiros de medidores y demás actuaciones en cumplimiento del contrato de servicios públicos.
e. Efectuar los descuentos proporcionales y compensar en las cuentas de cobro, cuando se presente una falla en la prestación del servicio.
f. Elaborar un acta en donde se relacionen los equipos y demás elementos que se instalen o retiren para medir el consumo, la cual deberá ser firmada por el empleado y/o personal autorizado de la **EMPRESA** que realice la operación, el operador de red o el comercializador según se trate y el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, su representante o la persona que se encuentre. Copia del acta le será entregada al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**
g. Entregar al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** una copia de la lectura tomada al medidor o aparato de medida.
h. Entregar al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** una factura de cobro en los términos y condiciones establecidas en el presente contrato.
i. Determinar los consumos en forma individual, con instrumentos, métodos y procedimientos apropiados.
j. Evitar privilegios y discriminaciones injustificadas y toda práctica o conducta que genere competencia desleal o restrinja en forma indebida la competencia respecto de otros prestadores de servicios públicos domiciliarios.
k. Facturar oportunamente los consumos suministrados. En consecuencia, después de cinco (5) meses de haberse entregado la factura, si el periodo de facturación es mensual, la **EMPRESA** se abstendrá de cobrar bienes o servicios no facturados por error, omisión o investigación de desviaciones significativas frente a consumos anteriores, salvo en los casos en que se compruebe dolo del **SUSCRIPTOR** O **USUARIO**.
l. Dar aviso amplio y oportuno sobre las suspensiones del servicio programadas para mantenimientos periódicos.
m. Informar acerca de las condiciones uniformes previstas en el presente contrato y disponer de una copia gratuita del mismo para el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** que lo solicite.
n. Investigar las causas que dieron origen a las desviaciones significativas del consumo.
o. La prestación continua del servicio, salvo cuando se suspenda por situaciones de fuerza mayor o caso fortuito, mutuo acuerdo entre las partes, reparaciones técnicas, mantenimientos periódicos, por inestabilidad del inmueble o del terreno para evitar perjuicios de terceros, o por el incumplimiento de sus obligaciones por parte del **SUSCRIPTOR** O **USUARIO**.
p. Realizar la lectura de los consumos reportados por los medidores y equipos de medida cuando estuvieren instalados y reportados a la **EMPRESA** dejando la prueba de lectura.
q. Reconectar el servicio en el término de 24 horas, contados a partir de la superación de la causa que dio origen a la suspensión. La reconexión del servicio solo podrá ser ejecutada por el personal autorizado por la **EMPRESA**.
r. Entregar las facturas en la dirección del inmueble objeto de la prestación del servicio de energía eléctrica, o al sitio donde lo haya acordado con el SUSCRIPTOR o USUARIO, por lo menos con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de su vencimiento. La no remisión de la factura no exime al suscriptor del pago oportuno del servicio.
s. Responder en un término de quince (15) días hábiles contados a partir de su recibo, las peticiones, quejas y/o recursos.
t. Revisar, cuando la normatividad lo exija o cuando se estime conveniente, los medidores instalados para verificar su correcto funcionamiento. Cuando el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** solicite la revisión, deberá pagar los costos correspondientes.
u. Garantizar a los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** prepago como mínimo las siguientes condiciones:

1. Disponibilidad de activación del servicio 24 horas del día, todo el año.
2. Centro de información y soporte en caso de mal funcionamiento del medidor.
3. Mantener actualizados en los sitios de venta la información sobre la tarifa vigente por estrato y clase de uso, los componentes de costo asociados y los porcentajes de subsidio o contribución, según el caso.
4. Pagos de energía de su mercado para efectos de liquidación, según la regulación vigente.
5. Efectuar visitas de control al SUSCRIPTOR O USUARIO.

CLÁUSULA 21. OBLIGACIONES DEL SUSCRIPTOR O **USUARIO:** Son obligaciones del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, propietario y poseedor del inmueble, las siguientes:

1. Abstenerse de ofrecer y entregar dádivas o dinero a los trabajadores de la **EMPRESA** o funcionarios de los contratistas de la **EMPRESA.**
2. Abstenerse de realizar por su cuenta la reinstalación o reconexión del servicio.
3. Adquirir, entregar, mantener y reparar cuando la **EMPRESA** lo exija, los medidores y demás instrumentos necesarios para medir sus consumos, de acuerdo con las características técnicas y el procedimiento que se le indique.
4. Corregir, de acuerdo con las recomendaciones y términos que la **EMPRESA**

indique, las alteraciones o fluctuaciones que provengan de los equipos eléctricos utilizados por el **SUSCRIPTOR O USUARIO** y que afecten las redes de la **EMPRESA** o a los demás **SUSCRIPTORES** O **USUARIOS** de la **EMPRESA**. Si el **SUSCRIPTOR O USUARIO** se negare a desconectarlo o reincidiera en la utilización del elemento que produzca la perturbación, la **EMPRESA** podrá suspender el servicio. Si transcurridos treinta (30) días calendario el **SUSCRIPTOR O USUARIO** no ha efectuado la corrección pertinente, la **EMPRESA** le desconectará el servicio.

5. Cumplir con el pago oportuno, de las facturas expedidas por la **EMPRESA**.
6. Si el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** no recibe la factura en el inmueble o en la dirección acordada con la **EMPRESA**, dentro del periodo de facturación, deberá acercarse a las instalaciones de ésta para que le sea expedido un duplicado sin costo alguno, para que lo conozca y cancele.
7. Cumplir con los requisitos y especificaciones técnicas establecidas para el diseño y construcción de las instalaciones eléctricas y hacer posible la instalación del medidor individual y/o equipos de medida, según sea el caso.
8. Dar preaviso a la **EMPRESA** en un término no inferior a dos meses para la terminación del contrato.
9. Dar uso seguro y eficiente al servicio de energía eléctrica.
10. Efectuar el mantenimiento de sus instalaciones, equipos y aparatos eléctricos y usarlos adecuadamente.
11. Estar a paz y salvo por todo concepto con la **EMPRESA** para adelantar cualquier trámite relacionado con solicitud de servicio.
12. Facilitar el acceso al inmueble de las personas autorizadas por la **EMPRESA** para efectuar revisiones a las instalaciones, suspensiones, corte del servicio, retiro de medidores y en general, cualquier diligencia que sea whecesaria efectuar en desarrollo del contrato.
13. Garantizar con un título valor el pago de las obligaciones adeudadas su cargo cuando así lo solicite la **EMPRESA**.
14. El comercializador o cualquier usuario no podrá exigir condiciones especiales para permitir la revisión de sus equipos de medida.
15. Informar de inmediato cualquier irregularidad cometida por los operarios o contratistas de la **EMPRESA**.
16. Informar de inmediato a la **EMPRESA** sobre cualquier modificación que se presente en las instalaciones eléctricas, en el equipo de medida, en la clase de servicio contratado, en la carga contratada, en la propiedad del bien, dirección, u otra novedad que implique variación a las condiciones y datos registrados en el contrato de servicio.
17. Mantener un factor de potencia igual o superior a 0.9 en atraso, o el que determine la autoridad competente. En el evento de que el factor de potencia sea menor del valor indicado, instalará por su cuenta los dispositivos o correctivos apropiados para controlar y medir la energía reactiva. La exigencia podrá hacerse en el momento de aprobar la conexión al servicio o como consecuencia de una revisión de la instalación del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.** Ver resolución 082/2002 y 097/2008
18. Efectuar el mantenimiento de las redes, equipos y elementos que integran la acometida externa cuando sean de su propiedad.
19. Informar cuando el inmueble donde la **EMPRESA** presta el servicio ha sido demolido o abandonado
20. Pagar oportunamente los valores que se generen por la reconexión y reinstalación del servicio, los estudios y otros conceptos relacionados con la ejecución de este contrato, así como todas aquellas obligaciones que se pacten de manera especial.
21. Para interponer recursos, acreditar el pago de las sumas que no han sido objeto de reclamación o recurso, o del promedio del consumo de los últimos cinco (5) meses según se trate.
22. Permitir a la **EMPRESA** el retiro del medidor o de la acometida en caso de que se requiera para el corte del servicio o revisión.
23. Permitir a la **EMPRESA** la instalación, el retiro, cambio, revisión o reparación del equipo de medida y acometida cuando, previa visita de la **EMPRESA** y requerimiento escrito con un plazo de un periodo de facturación, se establezca que aquella no cumple con las condiciones técnicas adecuadas para la prestación del servicio. Si el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** no realiza las modificaciones técnicas en el término señalado la **EMPRESA** lo hará con cargo al suscriptor o usuario y podrá incluir los valores en la factura. El **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** tendrá un plazo de treinta (30) días para efectuar las adecuaciones o el cambio de medidor exigido por la **EMPRESA**, caso contrario la **EMPRESA** lo efectuará a costa del SUSCRIPTOR o **USUARIO** y lo cobrará en la factura.
24. Permitir la revisión de los medidores y su lectura periódica, La suspensión en caso de mora, facilitando el acceso a los operarios o contratistas de la **EMPRESA** al lugar en donde éste se encuentre. En el caso en que el SUSCRIPTOR o **USUARIO** use rejas, candados, cadenas, animales, personas, se valga de su condición de propiedad horizontal entre otros, que impidan el acceso al personal autorizado de la **EMPRESA** al medidor o al registro de corte o totalizador, la **EMPRESA** hará constar ese hecho en el acta de visita y podrá, según el caso, solicitarle a la autoridad competente el amparo policivo y suspender el servicio, sin perjuicio de que el consumo sea estimado.
25. Presentar solicitudes y observaciones respetuosas. La **EMPRESA** se reserva el derecho de tramitar peticiones irrespetuosas.
26. Reemplazar, previo requerimiento escrito de la **EMPRESA** y dentro del término señalado, el medidor o equipo de medida, cuando se establezca que éste no permite determinar en forma adecuada los consumos o cuando el desarrollo tecnológico ponga a disposición instrumentos de medida más precisos
27. Responder solidariamente por cualquier anomalía, adulteración de los sellos, medidores o equipos de medida, elementos de seguridad tales como cajas de medidores, sellos, pernos, chapas, etc., así como por las variaciones que sin autorización de la **EMPRESA** se hagan a las condiciones del servicio contratadas.
28. Responder por cualquier obligación suscrita con ocasión de la prestación del servicio
29. Velar para que no sean alterados o manipulados la red interna, acometida, medidores y equipos asociados.
30. Solicitar a la **EMPRESA** autorización expresa para el cambio en la modalidad del uso del servicio contratado y para aumentar la carga instalada.
31. Suministrar la información requerida para identificar plenamente el inmueble objeto de la prestación del servicio.
32. Ubicar el medidor como lo establezca la **EMPRESA.**
33. Utilizar el servicio únicamente en el inmueble, respetando la carga y clase de servicio contratado por la **EMPRESA**, de acuerdo con las condiciones y fines estipulados en la respectiva solicitud de conexión o reflejados en la factura. En consecuencia, el servicio de energía eléctrica que se suministra al inmueble, será para uso exclusivo de la unidad familiar, establecimiento de comercio o industria, no pudiendo ser enajenado, cedido a cualquier título o facilitado a terceros.
34. Velar para que el sitio en donde están instalados los medidores y demás equipos se mantenga seguro, higiénico e iluminado.
35. Cancelar los consumos de energía que se adeuden por concepto de servicios en inmuebles adquirido en subasta pública.
36. Informar a la **EMPRESA** los cambios de medidores o equipo de medida cuando se efectué reposición de los smismos.
37. Permitir la instalación de un medidor testigo, cuando la **EMPRESA** lo requiera para sus programas de control.
38. Cumplir con el RETIE, Reglamento de Distribución expedido por la CREG
39. Las demás obligaciones contenidas en la ley y la regulación..
40. En caso de que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** realice un acuerdo de pago con la **EMPRESA** para la cancelación a plazo de sus obligaciones, lendrá que cancelar las cuotas en los términos y condiciones señalados en el mismo, so pena de la suspensión del servicio y/o la terminación del contrato según sea el caso. Si, estando vigente un acuerdo de pago, el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** incurre en alguna de las causales de terminación del presente contrato, la **EMPRESA** tendrá derecho de hacer exigible el total de la obligación pendiente de pago a la fecha de configurarse dicha causal, momento a partir del cual se entenderá en mora.

CLÁUSULA 22. NORMAS TÉCNICAS. El **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** debe cumplir con las normas técnicas que expida la **EMPRESA** y demás disposiciones nacionales e internacionales, entre ellas el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas.

CAPITULO IV
LA FACTURA

CLÁUSULA 23. MÉRITO EJECUTIVO DE LAS FACTURAS: El propietario del inmueble, el suscriptor y los usuarios del servicio son solidarios en sus obligaciones y derechos en el contrato de servicios públicos. Las deudas derivadas de la prestación de los servicios públicos podrán ser cobradas ejecutivamente ante los jueces competentes ó bien ejerciendo la jurisdicción coactiva por las empresas oficiales de servicios públicos. La factura expedida por la **EMPRESA** y debidamente firmada por el representante legal de la entidad, prestará mérito ejecutivo de acuerdo a las normas del derecho civil y comercial.

CLÁUSULA 24. CONSTITUCIÓN EN MORA: La constitución en mora no requiere pronunciamiento judicial.

CLÁUSULA 25. REQUISITOS DE LA FACTURA: La factura expedida por la **EMPRESA** deberá contener como mínimo la información exigida por la regulación de la CREG.

a) Nombre de la empresa responsable de la prestación del servicio.
b) Nombre del suscriptor y dirección del inmueble receptor del servicio.
c) Estrato socioeconómico y clase de uso del servicio.
d) Período por el cual se cobra el servicio, consumo correspondiente a ese período y valor.
e) Lectura anterior del medidor de consumo, si existiere.
f) Lectura actual del medidor de consumo, si existiere.
g) Causa de la falta de lectura, en los casos en que no haya sido posible realizarla.
h) Fechas máximas de pago oportuno, fecha de suspensión y/o corte del servicio y valor total de la factura.
i) Consumo en unidades físicas de los últimos seis (6) períodos, cuando se trate de facturaciones mensuales, y de los últimos tres (3) períodos, cuando se trate de facturaciones bimestrales; en defecto de lo anterior, deberá contener el promedio de consumo, en unidades correspondientes, al servicio de los seis (6) últimos meses.
j) Los cargos expresamente autorizados por la Comisión.
k) Valor de las deudas atrasadas.
l) Cuantía de los intereses moratorios, y señalamiento de la tasa aplicada.
m) Monto de los subsidios, y la base de su liquidación.
n) Cuantía de la contribución de solidaridad, así como el porcentaje aplicado para su liquidación.
o) Cargos por concepto de reconexión o reinstalación.
p) Otros cobros autorizados.

Parágrafo. En el caso de los suscriptores o usuarios con medidores de prepago, solo son aplicables los literales a, b, c, j, m, n, p.

PARÁGRAFO 1. El SUSCRIPTOR O USUARIO podrá pedir copia de esta información, dentro del mes siguiente a la activación del prepago, la cual, para los efectos del ejercicio del derecho de defensa del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** frente a la **EMPRESA**, se tendrá como una factura. En relación con aspectos ajenos a la factura, el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** tendrá derecho a reclamar en la forma prevista por la Ley 142 de 1994 y en especial por las condiciones establecidas en el presente contrato. Adicionalmente el **SUSCRIPTOR O USUARIO** tiene el derecho a recibir un extracto, previa solicitud del mismo, sobre el consumo efectivamente realizado en los últimos nueve (9) períodos de prepago.

PARAGRAFO 2. La EMPRESA podrá incluir en la factura el cobro y recaudo relacionados con la prestación del servicio de energía y en general lo referido a cualquier clase de servicio y bienes como el impuesto de alumbrado público, electrodomésticos u otros.

CLÁUSULA 26. PERIODOS DE FACTURACIÓN: Con excepción de los medidores de prepago, en las zonas urbanas la empresa deberá efectuar la lectura de los medidores y expedir las facturas correspondientes.

Los períodos de facturación para los suscriptores o usuarios ubicados en las áreas urbanas, serán Mensuales o bimestrales.
Para los suscriptores o usuarios localizados en zonas rurales o de difícil acceso, se podrán establecer períodos de lectura trimestrales o semestrales, en cuyo caso las empresas deberán permitir que el suscriptor o usuario pague los consumos intermedios entre dos períodos consecutivos, según la lectura que haga el propio suscriptor o usuario de su medidor, pagos que se descontarán de la liquidación del consumo que efectúe la **EMPRESA.**

CLÁUSULA 27. COBROS INOPORTUNOS: Al cabo de cinco (5) meses de haber entregado las facturas, las empresas no podrán cobrar bienes o servicios que no facturaron por error, omisión, o investigación de desviaciones significativas frente a consumos anteriores, salvo que exista dólo por parte del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**

CLÁUSULA 28. OPORTUNIDAD Y LUGAR DE ENTREGA DE LA FACTURA: La **EMPRESA** entregará la factura en la dirección en donde se presta el servicio o en aquella que las partes pacten especialmente, como mínimo con cinco (5) días hábiles de antelación a la fecha límite señalada como de pago oportuno.

Por razones de orden público o la existencia de zonas de difícil acceso que dificulten o impidan la entrega de las facturas en los lugares acordados, la **EMPRESA** podrá, previo aviso con cinco (5) días, anunciar anticipadamente a los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** el lugar donde serán dejadas las facturas para su entrega.

El no recibo de la factura en el inmueble o en la dirección establecida por las partes, no exonera al **SUSCRIPTOR O USUARIO** del pago. Para el efecto, el **SUSCRIPTOR O USUARIO** debe informar tal situación y acercarse a las dependencias de la **EMPRESA** para que se le expida su duplicado y cancele oportunamente. No será obligación de la **EMPRESA** expedir facturas a **SUSCRIPTORES o USUARIOS** con consumo cero (0).

En las localidades, zonas o lugares donde por difícil gestión no se pueda despachar la cuenta de cobro directamente al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, la **EMPRESA** informará con anticipación para que la reclamen en los lugares señalados para ello. Lo anterior se aplicará en los casos que por causas ajenas a la **EMPRESA,** la entrega de la factura no fuere posible.

CLÁUSULA 29. INTERÉS MORATORIO: El no pago oportuno del servicio u otros valores liquidados en la factura, generarán intereses moratorios que serán tasados de acuerdo con lo previsto en el Código Civil.

CLÁUSULA 30. COPIA DE LA LECTURA: La **EMPRESA** entregará al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, copia de la lectura que registre el medidor cuando este la solicite.

CLÁUSULA 31. FORMAS DE PAGO La **EMPRESA** para facilitarle al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, el pago de sus obligaciones, podrá celebrar convenios de recaudo con entidades financieras, cooperativas, Asociaciones, Sociedades Anónimas, Almacenes de cadena, personas naturales, entre otros. La **EMPRESA** no se responsabiliza por pagos realizados en lugares no autorizados.

CLÁUSULA 32. EXONERACIÓN EN EL PAGO: De acuerdo con lo establecido por el artículo 99.9 de la Ley 142 de 1994, no existirá exoneración en el pago del servicio de energía eléctrica para ningún **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**.

CAPITULO V
DETERMINACIÓN DEL CONSUMO

CLÁUSULA 33.- DETERMINACIÓN DEL CONSUMO FACTURABLE: La **EMPRESA** para liquidar los consumos en cada periodo de facturación aplicará las tarifas vigentes conforme la regulación.

PARAGRAFO. Determinación del consumo facturable con consumo de energía reactiva.- El consumo facturable para los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** con equipo de medida que cuente con registro de energía reactiva, se les facturará ésta cuando, comparada con la energía activa en un mismo período, exceda o supere el cincuenta por ciento (50%) del consumo de energía activa, de manera que el consumo facturable se determina así:

Si CER > 0.5*CEAF: CERF = CER - 0.5*CEAF
Si CER < 0.5*CEAF: CERF = 0

Donde:

CER: Consumo de energía reactiva registrado: Determinado con base en las diferencias en el registro del equipo de medida entre dos (2) lecturas consecutivas del mismo y multiplicada por el factor del respectivo equipo de medida.
CEAF: Consumo de energía activa facturable: Determinado con base en las diferencias en el registro del equipo de medida entre dos (2) lecturas consecutivas del mismo y multiplicada por el factor del respectivo equipo de medida.
CERF: Consumo de energía reactiva facturable: Corresponde a la energía reactiva susceptible de ser facturada, la que se valora únicamente por la componente de distribución del costo unitario de la tarifa.

CLÁUSULA 34. USUARIOS QUE NO CUENTEN CON MEDICIÓN INDIVIDUAL POR RAZONES DE ORDEN TÉCNICO, DE SEGURIDAD, INTERÉS SOCIAL O POR ENCONTRARSE EN ASENTAMIENTOS SUBNORMALES:
Para los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** legalizados que acceden al servicio a través de acometidas directas, la **EMPRESA** facturará el servicio de la siguiente manera:

1. **SUSCRIPTOR O USUARIOS RESIDENCIALES:** El consumo facturable del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, residencial, que no cuenten con equipos de medida por razones de orden técnico, de seguridad o de interés social, se determinará con base en el consumo promedio de los últimos seis (6) meses de los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** de su mismo estrato que cuenten con medida y se encuentren en circunstancias similares.
2. **SUSCRIPTORES O USUARIOS NO RESIDENCIALES:** Para

SUSCRIPTORES O USUARIOS no residenciales, el consumo se determinará con base en aforos individuales.

3. **SUSCRIPTORES O USUARIOS UBICADOS EN ASENTAMIENTOS SUBNORMALES:** El consumo facturable se determinará con base en el promedio de los últimos seis (6) meses de los **SUSCRIPTOR O USUARIOS** del estrato socioeconómico predominante en el sector donde se encuentre ubicado el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, o con base en aforos individuales.
4. **INQUILINATOS Y MULTIUSUARIOS:** Para determinar el valor en la factura a los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS**, con medición comunitaria, la **EMPRESA** establecerá el consumo con base en la diferencia en el registro del equipo de medida entre dos lecturas consecutivas, para luego dividirlas entre el número de unidades independientes que lo componen.

5. **DETERMINACIÓN DEL CONSUMO PROVISIONAL O NO PERMANENTE:** El consumo para instalaciones con servicio provisional o no permanente, se determinará con base en el equipo de medida instalado caso en el cual se hará por estricta diferencia de lecturas o con base en la carga instalada y un factor de utilización del cuarenta por ciento (40%) cuando se conecten a la red secundaria o con base en la capacidad instalada de transformación y un factor de utilización del sesenta por ciento (60%).

PARÁGRAFO 1.- Cuando un inmueble cuente con una sola acometida y un solo equipo de medida y el servicio se utilice por varias personas naturales o jurídicas, se entenderá que existe un sólo suscriptor. En consecuencia, el valor de la prestación del servicio se dividirá a prorrata entre los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** finales del mismo y los derechos y obligaciones del presente contrato serán exigibles o se harán efectivos por ese único suscriptor.
No obstante, cualquier **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, que se encuentre ubicado dentro de un inmueble con tales características podrá solicitarle a la **EMPRESA** la medición individual de sus consumos, siempre que asuma el costo del equipo de medición y de la acometida, y presente el paz y salvo expedido por el suscriptor vigente, según se trate caso en el cual a ese **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, se le tratará en forma independiente de los demás.

CLÁUSULA 35. DETERMINACIÓN DEL CONSUMO FACTURABLE PARA SUSCRIPTORES O USUARIOS QUE CUENTEN CON MEDICIÓN INDIVIDUAL: Con excepción de los suscriptores o usuarios con medidores de prepago, el consumo a facturar a un **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** se determinará con base en las diferencias en el registro del equipo de medida entre dos lecturas consecutivas del mismo, teniendo en cuenta el factor multiplicador del sistema de medida.

PARAGARFO 1: Los usuarios que por su actividad temporal, estacionaria de [illegible]cha o mientras ejecuta las obras necesarias para su medición definitiva, [illegible]os cuales le sea instalado medición provisional, la facturación se realizara [illegible]diante el pago anticipado teniendo en cuenta el consumo estimado por aforo de carga y ajuste al final del periodo, con fundamento en los consumos registrados por el contador provisional.

CLÁUSULA 36. PROCEDIMIENTO PARA ESTIMAR EL CONSUMO FACTURABLE SIN ACCIÓN U OMISIÓN DE LAS PARTES EN LA MEDICIÓN: Cuando sin acción u omisión de las partes, durante un período no sea posible medir razonablemente con instrumentos los consumos, su valor podrá establecerse con base en:

1. Consumos promedios de otros períodos del mismo suscriptor o usuario: Promedio de consumos registrados, porcentaje registrado por el medidor, por contador testigo.
2. Con base en los consumos promedios de suscriptores o usuarios que estén en circunstancias similares: Promedio del estrato socioeconómico.
3. Con base en aforos individuales: Aforo individual de carga, capacidad instalada, potencia instantánea.

En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 1,2 y 3 el cálculo para la estimación del consumo se determinara de la siguiente manera:

- **Consumos promedios de otros períodos del mismo suscriptor o usuario.-** Se basa en determinar los consumos no registrados a partir de los consumos históricos durante un máximo de seis períodos de facturación con consumo medido y real que muestre el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** posteriores o anteriores al tiempo en que no se pudo tomar lectura o por ausencia, falta o falla en la medición del equipo de medida. Aplica por desviación significativa, zonas de difícil gestión o en caso fortuito o fuerza mayor.

[illegible]consumo estimado por período (Ce) será el valor promedio de energía mensual consumida durante un periodo de tiempo en el que los equipos de medida del **SUSCRIPTOR O USUARIO** registraron la energía suministrada al predio de manera completa y correcta. Para los casos de la legalización o normalización de un servicio, se tomará desde la fecha de la revisión. Para el caso de reposición de medidor en que el registro de consumo corresponde a un período menor al de facturación se liquida el valor registrado más un consumo calculado a partir del consumo posterior a la intervención.

- **Cálculo por Porcentaje registrado por el medidor.-** Para este método se consideran las pruebas realizadas al medidor en terreno o en un laboratorio de medidores acreditado por la ONAC. El Consumo estimado (Ce) se obtiene a partir del Consumo promedio facturado (Cf) sobre el porcentaje que, de acuerdo con las pruebas realizadas, registraba el medidor.

  Ce = Cf / Porcentaje registrado por el medidor (KWh/mes)

  Tendrán prioridad para este cálculo los resultados obtenidos en el laboratorio de medidores sobre los que se obtengan en terreno.

- **Por Medidor Testigo.-** Aplica cuando por la continuidad del servicio, por verificación del correcto funcionamiento de los medidores y/o el correcto uso del servicio suministrado en condiciones de carga, se instalará equipos de medida simultáneos con el del **SUSCRIPTOR O USUARIO,** en las redes eléctricas o acometida que alimentan a éste. Los medidores testigo cumplen las características técnicas similares o mejores, de ello se dejará constancia al usuario, queda prohibido al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, manipular bajo cualquier modalidad este medidor. De presentarse una diferencia en los consumos se facturará con fundamento en el registro del medidor testigo

- **Cálculo por Promedio del estrato Socioeconómico-** Aplica exclusivamente al **SUSCRIPTOR O USUARIO** residencial y consiste en estimar el consumo con base en el consumo promedio de los **SUSCRIPTORES O USUARIOS** de su mismo estrato. El consumo se determinará con base en el promedio del último mes de los **SUSCRIPTORES O USUARIOS** del mismo estrato que cuenten con medida, considerando el mercado total de la **EMPRESA**.

- **Cálculo por Aforo individual de carga.-** Se basa en determinar los consumos a partir de los equipos eléctricos que tiene el **SUSCRIPTOR O USUARIO** instalados y en uso. El Consumo Estimado (Ce) por período se determina así:

  Ce = Ci x Fu x 720 Horas / mes (KWh/mes)

  Ci: Carga instalada (Kw). Se obtiene de la suma de las potencias nominales de los electrodomésticos instalados en el predio que son susceptibles de conectarse y usarse.

  Fu: Factor de utilización. Depende de la actividad que se desarrolle en el predio, así:

  Para **SUSCRIPTOR O USUARIO** Residencial es el 15%
  Para **SUSCRIPTOR O USUARIO** No residencial es el 20%
  Para Alumbrados Exteriores PÚBLICAS O PRIVADAS el 50%

  Para los **SUSCRIPTORES O USUARIOS** no residenciales que trabajen en jornadas superiores las ocho (8) horas diarias, el factor de utilización definido se multiplicará hasta por el triple en función de la duración de su jornada laboral.

  Cuando se presente el caso de aparatos eléctricos de alto consumo y con Factores de Utilización diversos, el consumo por período se calculará estimando primero los consumos parciales referentes a cada grupo de artefactos con igual factor de utilización. Ver tabla siguiente:

Equipo	Factor de Utilización
Aire Acondicionado	17%
Aspiradora	2%
Alumbrado Interno	11%
Alumbrado Externo	25%
Computador	18%
Ducha Eléctrica	1%
Estufa Eléctrica por Hornilla	8%
Equipos sonido / Grabadora	4%
Horno Microondas	1%
Horno Eléctrico Casa	2%
Lavadora	10%
Licuadora	1%
Motobombas Residenciales	4%
Motobombas No Residenciales	25%
Nevera	29%
Plancha	2%
Televisor	25%
Ventilador	29%

PARÁGRAFO 1.- Tratándose de usuarios a los cuales se facture energía por concepto de Alumbrado público, su cobro se podrá aplicar conforme al inventario efectuado por la **EMPRESA.**

- **Cálculo por Capacidad Instalada.-** Para este método el Consumo calculado por la **EMPRESA** para cada periodo, se efectúa considerando la capacidad máxima de la componente limitante del sistema. Para esto se toma como Carga Instalada (Ci), el menor valor entre las capacidades nominales de carga del transformador de potencia, el calibre del conductor, los transformadores de corriente y potencial, el equipo de medida y las protecciones. El consumo estimado (Ce) por período se determina así:

  Ce = Ci x Fu x 720 Horas / mes (KWh/mes)

  Ci: Carga instalada. (KW) Para este caso será el valor de la Capacidad nominal de la componente limitante del sistema.

  Fu: Factor de utilización. Se toma como está descrito en el método por Aforo individual de carga.

- **Cálculo por Potencia Instantánea.-** Para este método se consideran las medidas de voltaje y corriente realizadas en terreno durante una inspección técnica del suministro con las que se calculan la Potencia nstantánea (PI) que está consumiendo el **SUSCRIPTOR O USUARIO** al momento de la visita.

  PI = (VR x IR) + (VS x IS) + (VT x IT)

  Cc = PI x Fu x 720 Horas / mes

  VR, VS y VT: Voltajes medidos en cada fase
  IR, IS y IT: Corrientes medidas en cada fase
  Cc: Consumo calculado por período
  Fu: Factor de utilización. Se toma como está descrito en el método por Aforo individual de carga.

- **Cálculo de reactiva por aforo individual de carga.-** Se basa en determinar los consumos de energía reactiva a partir de la medición en el momento de la realización del aforo individual. Cuando se realice el aforo de carga y realizando una medida con el equipo adecuado, la Empresa encuentre que el usuario tiene un factor de potencia inferior a 0.9 se calculará un consumo facturable de energía reactiva, el cual se realizará de manera análoga al realizado en el parágrafo de la cláusula 33 de este contrato. Esto será aplicable al alumbrado público.

CLÁUSULA 37. PROCEDIMIENTO CUANDO SE ESTA INVESTIGANDO UNA DESVIACIÓN SIGNIFICATIVA:
Al preparar las facturas, es obligación de las empresas investigar las desviaciones significativas frente a consumos anteriores. Mientras se establece la causa, la factura se hará con base en la de períodos anteriores o en la desuscriptores o usuarios en circunstancias semejantes o mediante aforo individual; y al aclarar la causa de las desviaciones, las diferencias frente a los valores que se cobraron se abonarán o cargarán al suscriptor o usuario, según sea el caso.

PARAGRAFO 1. La Empresa deberá practicar las visitas y realizar las pruebas técnicas que se requieran con el fin de precisar la causa que originó la desviación detectada en la revisión previa.
PARAGRAFO 2 - Mientras se establece la causa de desviación del consumo, la empresa determinará el consumo con base en los consumos anteriores del usuario, o con los consumos promedios de suscriptores o usuarios en circunstancias semejantes, o mediante aforo individual, en la factura de cobro deberá especificarse la causa de la desviación.

Una vez aclarada la causa de la desviación, la empresa procederá a establecer las diferencias entre los valores facturados, que serán abonados o cargados al suscriptor o usuario, según sea el caso, en el siguiente período de facturación. La liquidación se determinara con fundamento en la siguiente tabla:

- **Cuando se presenta aumento de consumo**

Residencial	Otras clases de servicio	
Consumo Facturado en el periodo	>200 Kwh	>300 Kwh
Aumento respecto al promedio de consumo	200 %	200%

- **Cuando se presenta disminución de consumo**

Residencial	Otras clases de servicio	
Consumo Promedio Facturado	>200 Kwh	>300 Kwh
Disminución respecto al promedio de consumo	80%	80%

CLÁUSULA 38. PROCEDIMIENTO PARA ESTIMAR EL CONSUMO FACTURABLE POR ACCIÓN U OMISIÓN DEL SUSCRIPTOR O USUARIO EN LA MEDICIÓN: La falta de medición del consumo, por acción u omisión del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, justifica la suspensión del servicio o la terminación del contrato, sin perjuicio de que la **EMPRESA** determine el consumo con base en los de periodos anteriores o en los de **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** sen circunstancias similares o en aforos individuales, en todo caso la estimación del cálculo se determinara conforme lo establece la CLAUSULA 36 del presente contrato ello se mantendrá hasta tanto el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** elimine su causa.

PARÁGRAFO 1°. Se entiende que existe acción u omisión del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, en la medición, entre otros, en los siguientes casos:

- No permitir a la **EMPRESA** y personal autorizado el acceso al medidor para tomar la lectura.
- Retirar el medidor sin autorización de la **EMPRESA**.
- Alterar o modificar el contador o la acometida o elementos asociados.
- No adquirir o reparar el medidor a satisfacción de la **EMPRESA** en el plazo que esta le fije.

PARÁGRAFO 2°. Una vez el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO,** elimine la causa, sin que la **EMPRESA** hubiere suspendido o cortado el servicio, se abonará o cargará a la facturación las diferencias en el siguiente período de facturación, si a ello hubiere lugar.

CLÁUSULA 39. PROCEDIMIENTO PARA ESTIMAR EL CONSUMO FACTURABLE POR ACCIÓN U OMISIÓN DE LA EMPRESA EN LA MEDICIÓN: La falta de medición del consumo por acción u omisión de la **EMPRESA** le hará perder el derecho a recibir el precio, siempre y cuando la omisión o la acción supere el término de cinco (5) meses, o de seis (6) meses sin haber instalado el medidor después de la conexión del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, salvo cuando el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, obtenga el servicio de manera directa por razones de interés social, orden técnico o por encontrarse en asentamientos subnormales. Sin superarse esos períodos, el valor del consumo se estimará con base en consumos promedios de otros períodos de la misma cuenta, con base en los consumos promedios de **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS,** que estén en circunstancias similares o con base en aforos individuales en todo caso la estimación del cálculo se determinara conforme lo establece la CLAUSULA 36 del presente contrato.

PARÁGRAFO 1.- Se entiende que existe acción u omisión de la **EMPRESA** en la medición, entre otros, en los siguientes casos:
a. La no colocación de medidores en un período superior a seis (6) meses después de la conexión del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**
b. Cuando investigando la causa que originó la desviación significativa, la **EMPRESA** no la establezca al cabo de cinco meses de presentada.
c. Estimar el consumo por más de cinco (5) periodos por causa no atribuible al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO,**

La **EMPRESA** podrá tener hasta el 5% de sus **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS**, sin medidor, caso en el cual no se configurará la omisión enunciada en el literal a).

PARAGRAFO 2: Se entiende que existe acción u omisión en la medición por parte del usuario cuando impide el
acceso a la medida o que el medidor este en un sitio de difícil acceso.

CLÁUSULA 40. CONSUMO FACTURABLE A SUSCRIPTORES O USUARIOS CON MEDIDOR DE PREPAGO:
El consumo facturable a los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS**, cuyo equipo de medida corresponda a un medidor de prepago será determinado por la cantidad de kilovatios hora de energía eléctrica que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** pague en forma anticipada, teniendo en cuenta las condiciones técnicas del medidor. Estos medidores podrán ser suministrados por la **EMPRESA** o por el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**

PARÁGRAFO 1.- Derecho a regresar al sistema de comercialización pospago. Los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** con medidor prepago conservan el derecho de regresar al sistema de medición y facturación pospago, salvo en los casos establecidos en la Ley, para el caso de la prestación del servicio de energía eléctrica. Los costos de regresar al sistema pospago serán asumidos por quien originalmente solicitó el medidor prepago (comercializador o **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**).

CLAUSULA 41. CAMBIO DE COMERCIALIZADOR. En todo caso para el cambio de comercializador se deberá cumplir con los siguientes requisitos: 1) Estar a paz y salvo con la empresa que actualmente le suministra el servicio o garantizar con título valor el pago de las obligaciones a su cargo; 2) Cumplir los requisitos del código de medida y las Normas técnicas de Electrohuila manteniendo sus instalaciones eléctricas internas cumpliendo con los requisitos de calidad que la regulación establece; 3) Comunicar el cambio de comercializador con un periodo de Facturacion de anticipación; 4) adicionalmente se debe cumplir las reglas prevista en el capítulo II de la resolución Creg 156 de 2011 mercado mayorista, así mismo los usuarios deben cumplir las condiciones previstas para el registros de fronteras comerciales a que hace referencia la Res Creg 156 de 2011 o cuando esto sea aplicable.

CLÁUSULA 42. FACTURACIÓN DEL CONSUMO PARA LAS ÁREAS COMUNES DE LOS CONJUNTOS HABITACIONALES: Los consumos de las áreas comunes de los conjuntos habitacionales se liquidarán en la misma forma en que se liquidan los consumos de los **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, del respectivo conjunto habitacional.

La persona jurídica que surge como efecto de la constitución al régimen de propiedad horizontal podrá ser considerada como usuaria única frente a la **EMPRESA**, si así lo solicita, caso en el cual el cobro del servicio se hará únicamente con fundamento en la lectura del medidor individual que exista para las zonas comunes; en caso de no existir dicho medidor, se cobrará de acuerdo con la diferencia del consumo que registra el medidor general y la suma de los medidores individuales. En caso de encontrarse diferencia entre los consumos individuales con relación al consumo del medidor general, causado por el mal estado de las instalaciones eléctricas de propiedad de los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** la **EMPRESA** podrá cobrar de acuerdo con la diferencia que registra el equipo de medida general y la suma de los medidores individuales.

El servicio de energía para áreas comunes que corresponda a iluminación de vías o exteriores de los conjuntos habitacionales y que no disponga de equipo de medida se calculará con un factor de utilización del cincuenta por ciento (50%).

CAPITULO VI
EQUIPO DE MEDIDA

CLÁUSULA 43. EQUIPOS DE MEDIDA: Por regla general, todos los **SUSCRIPTORES** O **USUARIOS** deberán contar con equipo de medición individual de su consumo.

Con excepción de los inquilinatos, y de los usuarios incluidos en planes especiales de normalización del servicio, todo suscriptor o usuario deberá contar con equipo de medición individual de su consumo. El **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, asumirá los costos de adquisición, mantenimiento, reparación e instalación del equipo de medida.

CLÁUSULA 44. ADQUISICIÓN E INSTALACIÓN: El SUSCRIPTOR o USUARIO, puede suministrar el equipo de medida manifestando tal hecho al momento de diligenciar la solicitud de servicio o cuando la **EMPRESA** lo requiera al establecer que el funcionamiento no permite determinar en forma adecuada los consumos, o el desarrollo tecnológico ponga a su disposición instrumentos de medida más precisos. La aceptación del medidor adquirido por el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, quedará sujeta a la verificación de conformidad del certificado de calibración (original) de la laboratorio acreditado por la ONAC y el buen estado de los sellos de seguridad de la tapa principal, la ausencia de este requerimiento dará lugar a la **EMPRESA** a no aceptar su instalación y se instalará otro en reposición que se factura en el siguiente periodo de facturación.

Si la **EMPRESA** rechaza el equipo de medida, el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, deberá suministrar uno nuevo, de acuerdo con las observaciones que se le presenten, dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de la comunicación que se le remita o el acta de visita que lo comunica. Vencido dicho término sin que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** suministre e instale el equipo de medida, la **EMPRESA** podrá suministrarlo e instalarlo y facturar al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, su valor.
La conexión de la acometida así como la instalación, retiro, cambio, traslado y sellado del equipo de medición deberá ser efectuado por la **EMPRESA** o por personal autorizado, que el usuario escoja. Ninguna persona podrá manipular, alterar, intervenir ni desconectar los aparatos y equipos de medida y control una vez sean conectados por la **EMPRESA. El SUSCRIPTOR** o **USUARIO** es el guardián de los equipos de medida, de control y de los sellos de seguridad, por lo que debe evitar que se alteren. La **EMPRESA** facturará la inspección técnica cuando el medidor es suministrado por el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**

Si la **EMPRESA** rechaza el equipo de medida, el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, deberá suministrar uno nuevo, deacuerdo con las observaciones que se le presenten, dentro de los treinta (30) días siguientes de la visita técnica. Vencido dicho término sin que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** suministre e instale el equipo de medida, la **EMPRESA** podrá suministrarlo e instalarlo y facturar al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, su valor.

La conexión de la acometida así como la instalación, retiro, cambio, traslado y sellado del equipo de medición deberá ser efectuado por la **EMPRESA** o por personal autorizado, el usuario podrá escoger que lo haga un proveedor con autorización de la **EMPRESA.** Ninguna persona podrá manipular, alterar, intervenir ni desconectar los aparatos y equipos de medida y control una vez sean conectados por la **EMPRESA. El SUSCRIPTOR** o **USUARIO** es el guardián de los equipos de medida, de control y de los sellos de seguridad, por lo que debe evitar que se alteren.

CLÁUSULA 45. UBICACIÓN DEL EQUIPO DE MEDIDA: LA EMPRESA determinará el sitio de colocación de los medidores procurando que sea de fácil acceso para efectos de su revisión, verificación y lectura, de conformidad con las normas técnicas establecidas por la **EMPRESA.**

Los equipos de medida deberán instalarse en una caja de seguridad u otro dispositivo similar que asegure su protección contra interferencias y el medio ambiente, de conformidad a las especificaciones contenidas en el Reglamento Técnico de la **EMPRESA.** Es responsabilidad del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** velar porque el sitio donde estén instalados los medidores y demás equipos, permanezca con posibilidades de iluminación, libre de escombros, basuras y materiales en general que dificulten el acceso del personal autorizado por la **EMPRESA**, o que afecten las condiciones higiénicas y de seguridad exigidas por la **EMPRESA.**
Es atribución exclusiva de la **EMPRESA** ordenar, con cargo al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** los cambios en la ubicación del medidor encaminados a cumplir con las normas técnicas de que trata esta cláusula.

Cuando la localización del equipo de medida de un **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** ocasione la suspensión del servicio, la **EMPRESA** podrá exigir, como condición para la re conexión del servicio, el cambio en la localización del equipo de medida a una zona de fácil acceso desde el exterior del inmueble

CLÁUSULA 46. REEMPLAZO DEL EQUIPO DE MEDIDA: Cuando la **EMPRESA** determine que el equipo no mide adecuadamente los consumos, o no reúne las condiciones técnicas exigidas, será obligación del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO,** hacerlo reparar o reemplazar a satisfacción de la **EMPRESA. El SUSCRIPTOR** o **USUARIO** deberá reemplazar el medidor, cuando el desarrollo tecnológico ponga a disposición instrumentos de medida más precisos.

En los anteriores eventos, la **EMPRESA** informará las causas que motivan el reemplazo o la reparación del equipo de medida, requiriendo al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, para que lo adquiera o reemplace por su cuenta. Si pasado un periodo de facturación el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** no toma las acciones señaladas para reparar o remplazar el equipo, la **EMPRESA** lo reemplazará por uno nuevo y lo instalará, facturando al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, el nuevo equipo. Se exceptúa del anterior procedimiento, los casos en los cuales se compruebe adulteración o manipulación del equipo de medida, evento en el cual la EMPRESA podrá reemplazar e instalar inmediatamente uno nuevo a cargo del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**

Si el equipo de medida no registra en forma correcta los consumos, la **EMPRESA** comunicará al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** tal situación y establecerá un plazo para la calibración, reparación o reposición del equipo defectuoso.

El plazo no podrá ser inferior a siete (7) días hábiles, ni superior a treinta (30) días hábiles. Si el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** no calibra, repara o remplaza el equipo en el plazo estipulado, la **EMPRESA** procederá a realizar la acción correspondiente a costa del **SUSCRIPTOR O USUARIO.**

CLÁUSULA 47. CONTROL SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE MEDIDA: La EMPRESA verificará, cuando lo considere conveniente, el estado de los equipos de medida y podrá retirarlos temporalmente para examinarlos en un laboratorio debidamente acreditado. La **EMPRESA** podrá instalar un equipo provisional mientras se determina el estado del medidor retirado y una vez aclarada la situación probatoria el medidor será devuelto al usuario

El **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** no podrá negar el acceso del personal autorizado por la **EMPRESA** para cumplir la labor de verificación del estado de los instrumentos de medición del consumo o para realizar el aforo o censo de carga, y si lo hiciere, la **EMPRESA** podrá suspender el servicio y sólo lo reconectará hasta tanto le sea permitido el acceso.

En el evento que el inmueble donde se mida el consumo, sea parte de una propiedad horizontal, o de unidad inmobiliaria cerrada, el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** deberá dar las instrucciones suficientes y necesarias para que la **EMPRESA** o la distribuidora puedan acceder a revisar en cualquier momento el medidor, y las instalaciones internas.

PARÁGRAFO 1.- CONTADORES TESTIGOS. La **EMPRESA** podrá instalar un equipo de medida simultáneamente con el del **SUSCRIPTOR** O **USUARIO**, en las redes eléctricas que alimentan a éste, con el objeto de corroborar el correcto funcionamiento de los medidores y/o el correcto uso del servicio suministrado. Estos contadores deben cumplir las características técnicas exigidas y de ello se dejará constancia al usuario advirtiendo que de presentarse una diferencia en los consumos se facturará con fundamento en el registro del contador testigo así como le queda
prohibido al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO,** manipular bajo cualquier modalidad este contador.

PARÁGRAFO 2.- MACROMEDIDA EN TRANSFORMADORES DE DISTRIBUCION. La **EMPRESA** podrá instalar en cada transformador de distribución ya sea de su propiedad o de los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS**, un contador general que registre la energía entregada. Estos equipos de medida deben cumplir las normas técnicas vigentes. En caso que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, impida a la **EMPRESA** o no permitan la instalación de estos equipos de control, la **EMPRESA** podrá suspender el servicio a todo el transformador. Una vez eliminada la causa se procederá a la reconexión del servicio.

En los conjuntos habitacionales cerrados, será responsabilidad de la administración velar por la custodia de estos equipos, entre ellos su destrucción o adulteración de manera intencional.

CLÁUSULA 48. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL EQUIPO DE MEDIDA. Las características del equipo de medida serán las establecidas por la Norma Técnica Colombiana con producto debidamente certificado por entidad, código de medida y demás normas concordantes.

CLÁUSULA 49. GARANTÍA: El correcto funcionamiento del equipo suministrado por la **EMPRESA** se avala por un período igual al extendido por el fabricante, el cual comienza a correr desde el momento de la instalación. Si el medidor presenta defectos en su fabricación o no funciona correctamente, durante el período de garantía, la **EMPRESA** lo repondrá por su cuenta.

En caso de que el **SUSCRIPTOR O USUARIO** haya adquirido el medidor por su cuenta, la **EMPRESA** no asumirá responsabilidad por la garantía.

PARÁGRAFO. Regirán para el presente capítulo los términos de notificación y recursos establecidos en el presente contrato y en la Ley así como los procedimientos internos adoptados por la EMPRESA.

CAPITULO VII
SUSPENSIÓN, TERMINACIÓN

CLÁUSULA 50. SUSPENSIÓN DEL SERVICIO: la **EMPRESA** podrá suspender el servicio al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, sin que constituya falta en la prestación del servicio en los siguientes casos

1. Hacer reparaciones técnicas, mantenimientos periódicos y racionamientos por fuerza mayor o caso fortuito siempre que de ello se dé aviso amplio y oportuno a los suscriptores o usuarios.
2. Exista inestabilidad del inmueble o del terreno.
3. La acometida, instalaciones internas o equipos instalados desmejoren el servicio a otro **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, o generen perjuicios a las redes o equipos de la **EMPRESA.**
4. No pagar el servicio público dentro de la fecha señalada en la factura.
5. Al vencimiento de la primera factura para quienes se acojan voluntariamente a la Ley de Arrendamiento y por lo tanto denuncien el contrato y constituyan garantía o fianza.
6. Al vencimiento de la primera factura para quienes se acojan voluntariamente algún acuerdo de pago.
7. La omisión del Usuario - Arrendatario en ampliar el plazo de la garantía otorgada a la **EMPRESA** para asegurar la cancelación de los servicios, en el evento de prórroga del contrato de arrendamiento o ampliar el monto de la póliza cuando la empresa lo solicite.
8. Adulterar las conexiones y aparatos de medida o de control, o alterar el normal funcionamiento de estos sin autorización de la **EMPRESA.**
9. Dar al servicio público domiciliario un uso distinto al convenido con la **EMPRESA.**
10. Proporcionar el servicio a otro inmueble en forma temporal o permanente.
11. Realizar modificaciones en las acometidas o hacer conexiones externas sin la autorización de la **EMPRESA**, previo procedimiento de investigación correspondiente en donde se determine responsabilidad por parte del usuario.
12. Dañar, retirar o cambiar el equipo de medida o los sellos instalados en éste.
13. Interferir en la operación o mantenimiento de las líneas, redes y demás equipos necesarios para suministrar el servicio, sean de propiedad de la **EMPRESA** o el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**
14. Impedir a los funcionarios autorizados por la **EMPRESA** y debidamente identificados, la inspección de las instalaciones internas, equipos de medida, la lectura de los medidores, suspensión o reconexión cuando se haya remitido comunicación al usuario de que esta es la segunda visita para revisión y no es atendida.
15. No permitir el traslado del equipo de medición, reparación o cambio justificado del mismo.
16. Cuando por razones de seguridad o técnicas declaradas por autoridad judicial o por la empresa el usuario deba hacer adecuaciones de las instalaciones y omita hacerlo dentro de un término de 30 días.
17. Efectuar sin autorización de la **EMPRESA** una reconexión no autorizada.
18. Aumentar la capacidad contratada sin permiso de la **EMPRESA.**
19. No permitir la instalación de un equipo de medida provisional, de un contador testigo o de la macromedida en un transformador de distribución.
20. Por mediar orden judicial o autoridad competente.
21. No cumplir con las condiciones señalas en lo clausulado de este contrato
22. En todo caso La suspensión del servicio en materia de servicios públicos es procedente de acuerdo con los artículos 138 y siguientes de la ley 142 de 1994, en los eventos de mutuo acuerdo (art. 138), en interés del servicio (art. 139) y por incumplimiento del usuario frente a la ejecución del contrato (art. 140).

PARÁGRAFO: La **EMPRESA** restablecerá el servicio una vez el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** elimine la causa que dio origen a la suspensión haya pagado los gastos de reconexión en que aquella haya incurrido La **EMPRESA.**

CLÁUSULA 51. OTROS EVENTOS PARA LA SUSPENSIÓN DEL SERVICIO

1. **POR MUTUO ACUERDO.** El servicio de suministro de energía podrá ser suspendido en común acuerdo y generará también la suspensión del contrato. Para tales efectos se deberá observar el siguiente procedimiento:

El **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, presentará ante la **EMPRESA** solicitud por escrito por lo menos con una antelación de tres (3) días a la fecha de suspensión efectiva. A la solicitud se anexará:

a. Copia del folio de matrícula inmobiliaria del bien expedido dentro del mes anterior a la petición.
b. Autorización escrita del propietario del bien si esta calidad no la tiene el solicitante.
c. Manifestar bajo la gravedad del juramento que no existen terceros perjudicados con la medida y que se compromete a responder en el evento de que a estos aparecieren con posterioridad y se hayan causados daños. De existir terceros, deberá allegarse autorización expresa de estos para la suspensión.

Cuando sea viable la suspensión del servicio por mutuo acuerdo, la **EMPRESA** dejará constancia de la lectura del medidor y procederá a cobrar el consumo que se hubiere generado en ese período de facturación. La **EMPRESA** no emitirá factura, salvo cuando existan obligaciones insolutas contraídas con anterioridad a la suspensión como deudas pendientes por consumos anteriores, financiación de deuda, cargos por conexión, cargos por suspensión.

Cuando la **EMPRESA** compruebe que existe consumo del SUSCRIPTOR o USUARIO, terminará unilateralmente el acuerdo de suspensión y procederá a cobrar los consumos y cargos a que hubiere lugar.

PARÁGRAFO: no procede la suspensión de común acuerdo, Cuando estando la factura al día con la suspensión afecte a un tercero

2. **POR FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO**

3. **EN INTERÉS DEL SERVICIO:** la **EMPRESA** podrá suspender el servicio en los siguientes casos:

a. Para hacer reparaciones técnicas, mantenimientos periódicos y racionamientos por fuerza mayor o caso fortuito, siempre que de ello se de aviso amplio y oportuno a los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS.**
b. Para evitar perjuicios que se deriven de la inestabilidad del inmueble o del terreno, siempre que se haya empleado toda la diligencia posible, dentro de las circunstancias para que el **SUSCRIPTOR O USUARIO** pueda ejercer sus derechos.

CLÁUSULA 52. TERMINACIÓN Y CORTE DEL SERVICIO: La **EMPRESA** podrá dar por terminado unilateralmente el contrato cuando el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, incurra o se presenten los siguientes eventos:

1. Incumplir en el pago oportuno de tres (3) facturas en un lapso de un (1) año o reincida en una causal de suspensión en un periodo de dos (2) años.
2. Hacer reconexiones no autorizadas del servicio por más de dos (2) veces consecutivas sin que se haya eliminado la causa que dio origen a la suspensión.
3. Reincidir en la adulteración de las conexiones, aparatos de medición, equipos de control y sellos, o alteraciones que impidan el funcionamiento normal de los mismos dentro de un periodo de dos años.
4. Adulterar o falsificar la factura de cobro o documentos presentados como prueba para obtener el servicio, o en desarrollo de cualquier gestión frente a la EMPRESA relacionada con la prestación del mismo, siempre que haya sido declarada por un juez de la república.
5. Reconectar el servicio sin autorización de la EMPRESA por más de dos (2) veces en un (1) año, sin que se hubiere eliminado la causa que dio origen a la suspensión.
6. Gestionar, conociendo la existencia de una cuenta con deuda, la prestación del servicio para el mismo bien con cargo a una cuenta diferente.
7. Sea demolido el inmueble al cual se le prestaba el servicio.
8. Orden de autoridad competente.
9. El incumplimiento del contrato por un periodo de varios meses, o en forma repetida, o en materias que afecten gravemente a la empresa o terceros.

El corte podrá efectuarse sin perjuicio de que la **EMPRESA** inicie las acciones judiciales necesarias para obtener el pago de la deuda y las demás a que haya lugar.
Para que la **EMPRESA** restablezca el servicio, el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, debe eliminar la causa que dio origen al corte, realizar una nueva solicitud de prestación del servicio y cancelar tanto los gastos de reinstalación en los que la **EMPRESA** haya incurrido.

CLÁUSULA 53. RESOLUCIÓN O TERMINACIÓN DEL CONTRATO. Con excepción de los suscriptores o usuarios localizados en áreas de servicio exclusivo, y de los contratos a término fijo, el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** podrá dar por terminado el contrato de servicios públicos suscrito con un comercializador, con el fin de suscribir un contrato con otro comercializador, en los siguientes eventos

1. Por acuerdo de las partes, y la anuencia de los terceros que puedan verse afectados.
2. Por parte del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, cuando:

a. La **EMPRESA** incumpla sus obligaciones.
b. No desee continuar con el suministro del servicio
c. Suscriba contrato con otro comercializador siempre que la permanencia con el primer comercializador haya sido por un periodo de doce (12) meses y se encuentre a paz y salvo por el pago de las obligaciones emanadas del contrato, o garantice con título valor el pago de las obligaciones a su cargo

El **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, deberá estar a paz y salvo en el pago de las obligaciones emanadas del contrato y avisar por escrito a la **EMPRESA** en un plazo no interior a un periodo de facturación, el cual deberá contener y anexar:

1. Copia del folio de matrícula inmobiliaria del bien, expedido dentro del mes anterior.
2. Manifestación bajo la gravedad del juramento que no existen terceros perjudicados con la medida o en su defecto la autorización otorgada por estos para que se termine el contrato.
3. Autorización escrita del propietario del predio.

CLÁUSULA 54. CONDICIONES PARA RECONECTAR O REINSTALAR EL SERVICIO EN CASO DE SUSPENSIÓN Y CORTE. Para restablecer el servicio, el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** debe eliminar la causa que originó dicha suspensión o corte y pagar en los plazos que se le fijen los siguientes conceptos:

1. La deuda, los intereses de mora que tenga con la EMPRESA
2. Los derechos de reconexión o reinstalación.
3. Los costos de las modificaciones o adecuaciones de la acometida y la red interna, y ubicación del medidor.

En caso de reinstalación, el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, deberá sufragar todos los gastos que se generen como si se tratare de una solicitud nueva.

El plazo para efectuar la reconexión del servicio, una vez se superen las causas que dieron origen a la suspensión es de 24 horas siguientes . Este término se cuenta desde la fecha y hora de pago del usuario hasta la fecha y hora de la reconexión.
Los valores de reconexión o reinstalación serán los fijados en el anexo de servicios adicionales de costos

CAPITULO VIII
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

CLÁUSULA 55. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: La **EMPRESA** definirá anualmente mediante documento de gerencia los servicios adicionales y sus costos los cuales dará a conocer mediante publicaciones que se harán en las carteleras de las oficinas de servicio al cliente de cada zona así como permanecer disponibles en la página web.

TITULO III
CALIDAD DEL SERVICIO, FALLA Y RESPONSABILIDAD DE LAS REDES

CAPITULO I
CALIDAD DEL SERVICIO

CLÁUSULA 56.- CALIDAD Y CONTINUIDAD DEL SERVICIO. La **EMPRESA** prestará el servicio de energía eléctrica con la continuidad y calidad de acuerdo a los parámetros definidos por la CREG.

CAPITULO II
FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

CLÁUSULA 57. FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. Se entiende como falla en la prestación del servicio los siguientes casos:

1. El incumplimiento de la **EMPRESA** en la prestación continúa del servicio. La falla en la prestación del servicio da derecho al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, desde el momento en el que se presente, a la resolución del contrato, o a su cumplimiento con las siguientes reparaciones:

a. A que no se le haga cobro alguno por conceptos distintos del consumo o de la adquisición de los bienes o servicios efectivamente recibidos, si la falla ocurre continuamente durante un término de quince (15) días o más, dentro de un mismo período de facturación.
b. A la indemnización de perjuicios, que en ningún caso se tasará en menos del valor del consumo de un día del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, afectado por cada día en que el servicio haya fallado totalmente o en proporción a la duración de la falla más el valor de recargos que la falla le haya ocasionado al **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** y el valor de las inversiones o gastos en que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** haya incurrido para suplir el servicio.

2. Cuando después de tres (3) días, contados a partir del momento en que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** haya eliminado la causa de la suspensión o corte, la **EMPRESA** no haya restablecido el servicio.

Ante la configuración de esta situación de falla en la prestación del servicio en los términos y con las excepciones contempladas en la Ley, la **EMPRESA** procederá oficiosamente a aplicar los descuentos e indemnizaciones a que haya lugar.

PARÁGRAFO.- No habrá falla en la prestación del servicio ni derecho a indemnización cuando:

1. Se necesite hacer reparaciones técnicas y mantenimientos periódicos, siempre y cuando se avise oportunamente a los **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**.
2. La suspensión o el corte se ejecute para evitar perjuicios a terceros o las partes, por la inestabilidad del inmueble o del terreno, siempre que la **EMPRESA** hubiere empleado toda la diligencia posible y se le hubiere otorgado al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, la posibilidad de ejercer los mecanismos de defensa en sede de la **EMPRESA** contra esa decisión.
3. Al **SUSCRIPTOR** O **USUARIO**, le sea suspendido o cortado el servicio por incumplimiento de sus obligaciones contractuales.
4. Se interrumpa el servicio de manera programada o por racionamiento de emergencia del Sistema Interconectado Nacional.
5. Se interrumpa el servicio por seguridad ciudadana o solicitadas por organismos de socorro o autoridades competentes.
6. Fuerza mayor o caso fortuito.

CAPITULO III
RESPONSABILIDAD DE LAS REDES ELÉCTRICAS

CLÁUSULA 58. REDES Y ACOMETIDAS. Para efectos de establecer la responsabilidad sobre las redes y acometidas se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

a. **REDES INTERNAS:** El diseño, construcción y mantenimiento de la red interna es responsabilidad exclusiva del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, y deberán observar las normas técnicas oficiales aplicables, razón por la cual la **EMPRESA** está exenta de toda responsabilidad en los eventos en que se comprometan dichas instalaciones.

El **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, bajo su responsabilidad, podrá elegir el electricista, técnico electricista ingeniero que diseñe, construya o mantenga la red interna, en razón a las competencias que la regulación establezca para cada uno de ellos. Sin embargo, las partes pueden pactar que la construcción y diseño de la red interna la realice la EMPRESA.
Cuando el usuario lo solicite, o cuando se presenten desviaciones significativas del consumo, o cuando se presente un riesgo que pueda afectar la seguridad del sistema de distribución local o de transmisión regional, la **EMPRESA** efectuará la revisión de la red interna para determinar si es o no apta para la prestación del servicio y hará las recomendaciones para que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, proceda a repararla o adecuarla en el término que se le señale.

Corresponde al propietario o poseedor de la instalación eléctrica de uso final, mantenerla y conservarla en buen estado, de tal forma que no presente alto riesgo o peligro inminente para la salud o la vida de las personas, el medio ambiente o la misma instalación y su entorno. Los trabajos de mantenimiento y conservación deben ser realizados por personal calificado, quien será solidariamente responsable con el propietario o tenedor de la instalación, de los efectos que se causen por cualquier deficiencia.

b. **ACOMETIDAS:** El diseño, construcción, mantenimiento y custodia de la acometida es responsabilidad exclusiva del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO,** y deberá observar las normas técnicas oficiales aplicables, razón por la cual la **EMPRESA** está exenta de toda responsabilidad en los eventos en que se comprometan dichas instalaciones.
Sin embargo, la **EMPRESA** puede ordenar su reemplazo, adecuación o ampliación y se reserva el derecho de aceptarla cuando se esté en el trámite de la solicitud de conexión.
Cuando el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, lo solicite, o cuando se presenten desviaciones significativas del consumo, o cuando se presente un riesgo que pueda afectar la seguridad del sistema de distribución local o de transmisión regional, la **EMPRESA** efectuará su revisión para determinar si es o no apta para la prestación del servicio y hará las recomendaciones para que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, proceda a repararla o adecuarla, en el término que se le señale.

Cuando una acometida pueda convertirse en una red de uso general, la **EMPRESA** podrá hacerle derivaciones, modificaciones y ampliaciones, pero deberá remunerar al propietario por su utilización de acuerdo con la normatividad vigente.

c. **REDES DE USO GENERAL:** El **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, no podrá utilizar las redes de uso general, ni realizar obras bajo éstas, salvo autorización expresa de la EMPRESA.

Corresponde a la **EMPRESA** la administración, operación y mantenimiento de las redes uso general y al propietario la reposición de estas.

CLÁUSULA 59. PROPIEDAD DE LAS CONEXIONES: La propiedad de las redes, equipos y elementos que integran una acometida externa será de quien los hubiere pagado, si no fueren inmuebles por adhesión. Pero ello no exime al suscriptor o usuario de las obligaciones resultantes del contrato y que se refieran a esos bienes. Sin perjuicio de las labores propias de mantenimiento o reposición que sean necesarias para garantizar el servicio, las empresas no podrán disponer de las conexiones cuando fueren de propiedad de los suscriptores o usuarios, sin el consentimiento
de ellos.

Lo aquí dispuesto no impide que se apliquen los procedimientos para imponer a los propietarios las servidumbres la expropiación, en los casos y condiciones previstos en la ley.

TITULO IV
LIBERACION DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CAPITULO I
CAUSALES DE LIBERACION DE OBLIGACIONES

CLÁUSULA 60. LIBERACIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES: El SUSCRIPTOR o **USUARIO** podrá liberarse de las obligaciones derivadas del contrato de servicio público en los siguientes casos:

1. Fuerza mayor o caso fortuito que imposibilite al suscriptor para continuar asumiendo las obligaciones propias del contrato.
2. Cuando el suscriptor sea el propietario, poseedor o tenedor del inmueble y, mediante sentencia judicial resulte privado de la propiedad, posesión, o tenencia del inmueble en el cual se presta el servicio. En este caso la manifestación de liberación de las obligaciones propias del contrato de servicios públicos deberá presentarse junto con copia de la respectiva sentencia.
3. Cuando el suscriptor es el poseedor o tenedor del inmueble, y entrega la posesión o la tenencia al propietario o a un tercero autorizado por éste. En este caso la manifestación de liberación de las obligaciones propias del contrato de servicios deberá presentarse ante la empresa con prueba de que el propietario del inmueble o el nuevo poseedor o tenedor del bien, acepta expresamente asumir tales obligaciones como suscriptor.
4. Cuando el suscriptor siendo el propietario de un inmueble urbano, lo enajena y opera la cesión del contrato de servicios públicos, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 129 de la Ley 142 de 1994. En este evento bastará que cualquiera de las partes informe a la empresa este hecho para que ella proceda a tomar nota de la cesión y de la liberación del suscriptor inicial. En los casos en que por acuerdo entre el comprador y el vendedor del inmueble urbano, no opere la cesión de pleno derecho del contrato de servicios públicos, el suscriptor podrá liberarse de las obligaciones derivadas de este, anexando documento en el cual el nuevo propietario del inmueble manifieste su consentimiento para asumir las obligaciones como suscriptor del contrato de servicio públicos.
5. Salvo que las partes pacten lo contrario, cuando se produzca la enajenación de bienes raíces rurales por parte del suscriptor, si éste es propietario del inmueble. La manifestación de liberación deberá hacerse en la forma indicada en el ordinal anterior.
6. Cuando se presente cualquiera de las causales aquí previstas, corresponde a la persona interesada en la liberación de las obligaciones propias del contrato de servicios públicos, informar a la empresa la existencia de dicha causal en la forma indicada.

Conforme a lo establecido en la Ley 142 de 1994, Art. 128, las comisiones de regulación podrán señalar, por vía general, los casos en los que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, podrá liberarse temporal o definitivamente de sus obligaciones contractuales, y no será parte del contrato a partir del momento en que acredite ante la **EMPRESA** que entre él y quienes efectivamente consumen el servicio existe actuación de policía o proceso judicial relacionado con la tenencia, la posesión material o la propiedad del inmueble. En estos casos se facilitará la celebración del contrato con los consumidores.

PARÁGRAFO 1.- La liberación de las obligaciones por parte del suscriptor, de acuerdo con las causales señaladas en esta cláusula, no implica la extinción de la solidaridad establecida por el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 respecto de obligaciones propias del contrato de servicios públicos exigibles con anterioridad a la fecha en que se produzca el hecho que determina la liberación del suscriptor.

PARÁGRAFO 2.- En virtud de lo dispuesto en la Ley 820 de 2003 cuando un inmueble sea entregado en arriendo, a través de contrato verbal o escrito, y el pago de los servicios públicos corresponda al arrendatario habrá ruptura de la solidaridad cuando el arrendador haya exigido al arrendatario la prestación de garantías o fianzas con el fin de garantizar a la EMPRESA el pago de las facturas correspondientes y conjuntamente se hubiere denunciado el contrato. En este caso el inmueble no quedará afecto al pago del servicio público.

TITULO V
DEFENSA DEL USUARIO EN SEDE DE LA EMPRESA

CAPITULO I
PETICIONES, QUEJAS, RECURSOS Y NOTIFICACIONES

CLÁUSULA 61. MECANISMOS DE DEFENSA DEL USUARIO EN SEDE DE LA EMPRESA: De acuerdo con los artículos 152 y siguientes de la Ley 142 de 1994, los mecanismos de defensa del usuario en sede de la **EMPRESA** son instrumentos con los que cuenta el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, para que la **EMPRESA** revise una decisión o una actuación que afecta o puede afectar la prestación del servicio o la ejecución del contrato ellos se encuentran definidos en la clausula de definiciones del presente contrato

CLÁUSULA 62. TRÁMITE DE LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECURSOS: Las peticiones y quejas se tramitarán de conformidad con lo establecido en la Ley 142 de 1994 artículos 152 al 159 y el Código Contencioso Administrativo en lo que no esté regulado por esta.

1. **REQUISITOS DE LAS PETICIONES Y LAS QUEJAS:** Todo **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, podrá presentar peticiones y quejas respetuosas a la EMPRESA a través de cualquier medio. Las peticiones y quejas que se presenten por escrito deberán contener:

a. La designación de la dependencia de la EMPRESA a la que se dirigen.
b. Los nombres y apellidos completos del SUSCRIPTOR o USUARIO, y de su representante legal o apoderado, si es el caso, con indicación del documento de identidad, dirección de notificación y del número telefónico.
c. El objeto de la petición o de la queja.
d. Las razones en que se apoya.
e. La relación de documentos que se acompañan.
f. Indicar el número de cuenta o del medidor, o copia de la factura.
g. La firma del peticionario, cuando fuere el caso. Si quien presenta una petición verbal afirma no saber o no poder escribir y pide constancia de haberla presentado, el funcionario la expedirá.

La **EMPRESA** dispondrá de formularios para que los usuarios o suscriptores presenten solicitudes ante la empresa.

PARÁGRAFO.- No es posible que terceros puedan ejercer el derecho de petición ante la **EMPRESA** con el fin de obtener datos, informaciones y documentos que hacen parte del ámbito de la gestión privada de la empresa y de cuyo conocimiento están excluidos dichos terceros, por no tratarse de documentos públicos a los cuales pueden tener acceso todas las personas en los términos del Art. 74 de la Constitución Política, y porque los referidos datos y documentos están sujetos a la protección a que aluden los incisos 3 y 4 del Art. 15 de la Constitución.

2. **PETICIONES INCOMPLETAS.** Cuando una petición no se acompaña de los documentos o informaciones necesarias, en el acto de recibo se le indicará al peticionario los que falten; si insiste en que se radique, se le recibirá la petición dejando constancia expresa de las advertencias que le fueron hechas.

3. **SOLICITUD DE INFORMACIONES O DOCUMENTOS ADICIONALES.** Si las informaciones o documentos que proporcione el SUSCRIPTOR o USUARIO al elevar una petición o una queja no son suficientes para decidir, se le requerirá por escrito, por una sola vez, con toda precisión, para que aporte lo que haga falta. Este requerimiento interrumpirá los términos establecidos en el artículo 158 de la Ley 142 de 1994. Desde el momento en que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, aporte la información requerida, comenzarán otra vez a correr los términos. En adelante, la **EMPRESA** no podrá pedir más complementos y decidirá de fondo. La **EMPRESA** se abstendrá de solicitar información que repose en su poder.

4. **DESISTIMIENTO.** Los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS**, podrán desistir en cualquier tiempo de sus peticiones. Igualmente, se entenderá que el SUSCRIPTOR o USUARIO, ha desistido de su solicitud si hecho el requerimiento para que complemente la información no da respuesta o no remite la información en el término de dos (2) mes a partir de la remisión del requerimiento. En este evento se archivará el expediente. Las quejas que comprometan la responsabilidad disciplinaria de un trabajador de la EMPRESA no se podrán desistir.

5. **OPORTUNIDAD Y PRESENTACIÓN.** Las peticiones y reclamos podrán ser presentadas en cualquier tiempo; sin embargo, las que pretendan discutir un acto de facturación, deberán elevarse antes del quinto mes de expedida la factura.

6. **DEL TÉRMINO PARA RESOLVER LAS PETICIONES Y LAS QUEJAS:** La **EMPRESA,** responderá las peticiones dentro del término de quince días (15) hábiles contados a partir de la fecha de su presentación. Pasado ese término y salvo que se demuestre que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, auspició la demora, o que se requirió de la práctica de pruebas, se entenderá que la petición ha sido resuelta de forma favorable a él.

7. **DEL CONOCIMIENTO DE LAS DECISIONES:** La **EMPRESA** informará al SUSCRIPTOR o **USUARIO,** el contenido de la respuesta de la siguiente manera:

a. **POR NOTIFICACIÓN PERSONAL:** Las demás decisiones que pongan término a una actuación administrativa se notificarán personalmente al interesado, o a su representante o apoderado. Si la actuación se inició por petición verbal, la notificación personal podrá hacerse de la misma manera.

Si no hay otro medio más eficaz de informar al interesado, para hacer la notificación personal se le enviará por correo certificado una citación a la dirección que aquél haya anotado al intervenir por primera vez en la actuación, o en la nueva que figure en comunicación hecha especialmente para tal propósito. La constancia del envío se anexará al expediente. El envío se hará dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acto.

No obstante lo dispuesto en este artículo, los actos de inscripción realizados por las entidades encargadas de llevar los registros públicos se entenderán notificados el día en que se efectúe la correspondiente anotación.

Al hacer la notificación personal se entregará al notificado copia íntegra, auténtica y gratuita de la decisión, si ésta es escrita.

b. **POR AVISO:** Si no se pudiere hacer la notificación personal al cabo de cinco (5) días hábiles siguientes del envío de la citación, se enviara notificación por aviso la cual se entenderá surtida al finalizar el día siguiente de la entrega del aviso en el lugar de destino, como lo consagra el art 69 del Condigo Contencioso Administrativo.

En todo caso el aviso deberá ir acompañado de copia íntegra del acto administrativo objeto de notificación así (Art. 69, Ley 1437/2011):

a. Fecha del presente aviso
b. Fecha del acto administrativo a notificar (radicado y fecha de la respuesta)
c. Autoridad que expidió el acto administrativo : Electrohuila S.A.E.S.P – (División PQR y/o Zona)
d. Recursos que legalmente proceden : (Reposición, Apelación y Queja)
e. Autoridad ante quien debe interponer los recursos: (Reposición ante la División PQR y/o Zona ; Apelación ante la SSPD; Queja ante la SSPD)
f. Plazo para interponer los recursos: dentro de los cinco (5) días posteriores al día siguiente de la entrega del presente aviso . La presente notificación se considerara surtida al finalizar el día siguiente del presente aviso.

CLÁUSULA 63. REQUISITOS DE LOS RECURSOS. Los recursos deberán reunir los siguientes requisitos:

- Interponerse dentro del plazo legal, personalmente y por escrito por el interesado o su representante o apoderado debidamente constituido; y sustentarse con expresión concreta de los motivos de inconformidad, y con indicación del nombre del recurrente.
- Acreditar el pago de las sumas que no han sido objeto de recurso o del promedio del consumo de los últimos cinco (5) períodos, cuando lo controvertido son valores facturados.
- Relacionar las pruebas que se pretende hacer valer.
- Acreditar el pago o el cumplimiento de lo que el recurrente reconoce deber; y garantizar el cumplimiento de la parte de la decisión que recurre cuando ésta sea exigible conforme a la ley.
- Indicar el nombre y apellidos completos del recurrente, así como su dirección, número telefónico y número del medidor o de la cuenta.
- Sólo los abogados en ejercicio podrán ser apoderados; si el recurrente obra como agente oficioso, deberá acreditar esa misma calidad de abogado en ejercicio, y ofrecer prestar la caución que se le señale para garantizar que la persona por quien obra ratificará su actuación dentro del término de tres (3) meses; si no hay ratificación, ocurrirá la perención, se hará efectiva la caución y se archivará el expediente.

En caso de una solicitud conjunta de varios **SUSCRIPTORES** O **USUARIOS**, los anteriores requisitos deben darse respecto de cada uno de los peticionarios. **PARÁGRAFO:** Quien pretenda actuar en nombre de un tercero, deberá acreditar poder expreso para ello. Las peticiones, quejas y recursos deberán presentarse en las oficinas de Atención al **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** que disponga la **EMPRESA**, en los horarios de atención adoptados por esta última y debidamente informados a los **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS**.

1. **OPORTUNIDAD Y PRESENTACIÓN.** Cuando se interpongan el recurso de reposición y en subsidio el de apelación contra un acto que resuelva una petición relacionada con la facturación o contra una decisión que resuelva el fondo de un asunto o finalice una actuación, como sería los que nieguen la prestación del servicio, ordenen la terminación del contrato, el SUSCRIPTOR o USUARIO, deberá interponerlos por escrito, en la diligencia de notificación personal, o dentro de los cinco ((5) días posteriores al día siguiente de la entrega del aviso.

2. **IMPROCEDENCIA.** Los recursos no proceden en contra de:

- Los actos de suspensión, terminación y corte, si con ellos se pretende discutir un acto de facturación que no fue objeto de recurso oportuno.
- Los actos de suspensión y corte que se ejecuten por incumplimiento en el pago oportuno.
- Facturas que tuviesen más de cinco (5) meses de haber sido expedidas por la EMPRESA.
- Cuando el SUSCRIPTOR o USUARIO, no acredite el pago de las sumas que no han sido objeto del recurso, o del promedio del consumo de los últimos cinco (5) períodos.
- Actos de trámite, preparatorios o de ejecución, como las revisiones a las instalaciones, la comunicación de anomalías y la incorporación en las facturas de la energía recuperada que se encuentren en firme.

3. **RECHAZO DEL RECURSO.** Si el escrito con el cual se formula el recurso no cumple con los requisitos señalados o si los presenta en forma extemporánea la **EMPRESA** lo rechazará de plano.

4. **DESISTIMIENTO.** El **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** o el recurrente podrá desistir del recurso mientras no se haya dictado resolución judicial que ponga fin al mismo.

5. **DEL TÉRMINO PARA RESOLVER EL RECURSO DE REPOSICIÓN:** La **EMPRESA** resolverá el recurso de reposición, dentro del término de quince días (15) hábiles contados a partir de la fecha de su presentación. Pasado ese término y salvo que se demuestre que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, auspició la demora, o que se requirió de la práctica de pruebas, se entenderá que el recurso de reposición ha sido resuelto de forma favorable a él.

Cuando sea del caso practicar pruebas, se señalará para ello un término no mayor de treinta (30) días, ni menor de diez (10). Los términos inferiores a treinta (30) días podrán prorrogarse una sola vez, sin que con la prórroga el término exceda de treinta (30) días.

En el auto que decrete la práctica de pruebas se indicará, con toda exactitud, el día en que vence el término probatorio

Si el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** solo interpuso el recurso de reposición, se entenderá agotada la vía gubernativa, cuando se le notifique al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** la decisión que resuelve dicho recurso.

CLÁUSULA 64. DISPOSICIÓN COMÚN PARA LAS PETICIONES, QUEJAS Y RECURSOS: Ninguna empresa de servicios públicos podrá exigir la cancelación de la factura como requisito para atender un recurso relacionado con ésta. Salvo en los casos de suspensión en interés del servicio, o cuando esta pueda hacerse sin que sea falta del servicio, tampoco podrá suspender, terminar o cortar el servicio, hasta tanto haya notificado al suscriptor o usuario la decisión sobre los recursos procedentes que hubiesen sido interpuestos en forma oportuna.

Sin embargo, para recurrir el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** deberá acreditar el pago de las sumas que no han sido objeto de recurso, o del promedio del consumo de los últimos cinco períodos.

PARÁGRAFO.- DELEGACIÓN: El representante legal de la **EMPRESA** podrá delegar facultades en sus funcionarios para que contesten las peticiones, quejas y reclamos, resuelvan recursos e investiguen el uso no autorizado del servicio en nombre de la misma, en desarrollo del contrato.

TITULO VI
INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

CAPITULO I
CONTROL DE PÉRDIDAS NO TÉCNICA, INVESTIGACIÓN POR POSIBLE EXISTENCIA DE ANOMALÍAS E IRREGULARIDADES

CLÁUSULA 65. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. Siempre que la autoridad competente lo declare constituyen eventos de incumplimiento del contrato por parte del SUSCRIPTOR o USUARIO que dan lugar a la suspensión y terminación los siguientes:

1. La intervención no autorizada de la red de distribución que opera la **EMPRESA**, incluyendo la instalación de bienes o equipos no autorizados por ésta.
2. La conexión, adecuación o instalación de acometida, equipo de medida o de cualquier otro elemento que integre la instalación eléctrica del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, sin que haya sido previamente aprobada y revisada por la EMPRESA en su calidad de Comercializador y Operador de Red
3. No mantener en buen estado la acometida y las instalaciones internas, las cuales deben cumplir las normas técnicas
4. No reparar o reemplazar los equipos de medida, a satisfacción de la empresa, cuando se establezca que el funcionamiento no permite determinar en forma adecuada los consumos, o cuando el desarrollo tecnológico ponga a su disposición instrumentos de medida más precisos o no permitir que la **EMPRESA** lo realice transcurrido un periodo de facturación
5. Impedir que los funcionarios autorizados por la **EMPRESA** adelanten labores de lectura, revisión técnica de las instalaciones eléctricas y el medidor, suspensión, corte, modificación, reubicación y retiro de acometidas y medidor, normalización y en general, el ejercicio de cualquier derecho derivado del presente contrato.
6. El daño, retiro, ruptura, adulteración o cambio del equipo de medida o que los existentes no correspondan con los instalados por la **EMPRESA.**
7. El daño, retiro, ruptura o adulteración de uno o más de los elementos de seguridad instalados en los equipos de medición, protección, control de gabinete o celda de medida, tales como cajas, sellos, pernos, chapas, bujes, visor de la caja, etc. o que los existentes no correspondan a los instalados por la **EMPRESA.**
8. Impedir al funcionario autorizado de la **EMPRESA** ingresar al sitio donde se encuentran ubicada la acometida, medidor y todos los demás elementos que integren la instalación eléctrica del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**
9. No permitir el traslado del equipo de medición a una zona de fácil acceso desde el exterior del inmueble
10. No permitir la reparación o cambio justificado del equipo de medida, cuando sea necesario a juicio de la **EMPRESA** para garantizar una correcta medición.
11. Aumentar sin autorización de la **EMPRESA** la carga o capacidad instalada por encima de la contratada.
12. La omisión del SUSCRIPTOR o **USUARIO** en informar a la **EMPRESA** el cambio de actividad o estrato, habiendo facturado la **EMPRESA** el consumo a una tarifa inferior a la que corresponde.
13. Proporcionar y/o recibir en forma permanente o temporal, el servicio a otro inmueble distinto de aquel para el cual figura contratado el servicio.
14. Dar al servicio de energía eléctrica un uso distinto al contratado o instalar equipos no autorizados por la **EMPRESA** que puedan afectar el sistema eléctrico.
15. La reconexión o reinstalación del servicio de energía eléctrica sin autorización de la **EMPRESA.**
16. El uso no autorizado del servicio de energía eléctrica por parte del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**
17. En general, cualquier alteración inconsulta y unilateral, por parte del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** de las condiciones contractuales o incumplimiento de la regulación, ley o normas técnicas aplicables.

CLÁUSULA 66. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y LAS CONDUCTAS: El SUSCRIPTOR o **USUARIO** deberá pagar a la **EMPRESA**

si se presentan cualquiera de las conductas que a continuación se describen:

1. Por cada kilovatio hora facturado a tarifa inferior, cambio en el uso declarado o convenido, por causas imputables al **SUSCRIPTOR** o **USUARIOS**:

   La **EMPRESA** liquidará el servicio teniendo como base las tarifas correspondientes al nuevo uso y el consumo durante el tiempo de la situación irregular. A la cantidad resultante se le descontará lo pagado por el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** durante el mismo período. La **EMPRESA** cobrará el valor de la revisión y los intereses moratorios, salvo cuando el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** haya comunicado oportunamente el cambio.
   De no ser factible establecer el tiempo de permanencia de esta anomalía, se tomará un periodo de seis (6) meses para calcular el consumo irregular.

2. Cuando la **EMPRESA** con ocasión de una revisión técnica al medidor o instalación encuentre que los sellos están retirados, rotos o no corresponden a los instalados por la EMPRESA procederá a instalar nuevos sellos de seguridad y cobrara al USUARIO el valor de la revisión.

CLÁUSULA 67. USO NO AUTORIZADO DEL SERVICIO DE ENERGÍA O LA POSIBLE EXISTENCIA DE ANOMALÍAS E IRREGULARIDADES: Constituyen uso no autorizado del servicio de energía eléctrica por parte del **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** las siguientes conductas:

1. Por utilización del servicio a través de una acometida directa sin que este consumo sea registrado por el medidor: La **EMPRESA** cobrará el valor del servicio recibido a las tarifas que corresponda según el mes y el tipo de uso, más los intereses moratorios de Ley correspondientes al período de liquidación. El consumo se calculará en la forma señalada en el presente contrato.

2. Por la intervención o alteración de los equipos de conexión, o por el uso del servicio mediante derivación directa, o por la intervención o alteración de los equipos de medida; o por el retiro sin autorización de la **EMPRESA** del medidor o elementos de medida; que impidan el registro total o parcial de la energía efectivamente consumida por el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**. En este caso se cobrará el consumo dejado de facturar, según el procedimiento descrito en el presente contrato-

3. Se utilizará como tarifa vigente, la que corresponda al mes de la detección de la anomalía, que en el caso residencial será la dispuesta en el Costo Unitario para ese período de facturación. En el caso no residencial será la tarifa máxima de energía según la clase de servicio, nivel de voltaje y sistema de facturación.

La utilización del servicio de energía suministrado como provisional de obra, sin autorización de la **EMPRESA:**
a) Por un tiempo superior al contratado; b) Para dar servicio no autorizado a los inmuebles de la construcción; y c) Emplee una carga mayor a la contratada. .

5. No habrá cobro alguno en caso de reclamación cierta y que dé lugar a reliquidación del consumo o reconocimiento de valores a favor del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** y por los servicios contemplados en el Código de Distribución.

CLÁUSULA 68. COMPETENCIA JUDICIAL: Sin perjuicio de las acciones que trata el presente contrato, la **EMPRESA** podrá ejercer las acciones judiciales a que haya lugar y colocar los hechos en conocimiento de la autoridad competente.

CAPITULO II
PROCEDIMIENTO PARA INVESTIGAR EL USO NO AUTORIZADO DE LA ENERGÍA O LA POSIBLE EXISTENCIA DE ANOMALÍAS E IRREGULARIDADES

CLÁUSULA 69. DE LAS ACTUACIONES. - La **EMPRESA** observará el siguiente procedimiento para adelantar trámites administrativos internos para detectar el uso no autorizado de la energía o la posible existencia de anomalías e irregularidades. Igualmente, establece los principios y garantías constitucionales y legales que le asisten a los investigados durante el trámite, en especial el derecho a la defensa y el debido proceso consagrado en el Art. 29 de la Constitución Nacional.

A. ETAPA PRELIMINAR

1. La **EMPRESA** efectuará visita a los inmuebles de los SUSCRIPTORES o USUARIOS, destinatarios del servicio de suministro de energía eléctrica.
2. La **EMPRESA** informará al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** la razón de la visita y su derecho de estar asistido por un ingeniero o técnico electricista o testigo así como la procedencia del derecho a la defensa y al debido proceso.
   Luego procederá a verificar el estado de los instrumentos que se utilizan para medir el consumo, acometidas tanto interna como externa, instalaciones eléctricas y medidor.
3. La **EMPRESA** elaborará un acta de verificación o de visita que contendrá, al menos: fecha y hora de la visita, dirección del inmueble, código cuenta, nombre y número de cédula de quien atiende la diligencia, nombre del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, número de contador, descripción detallada de las condiciones en que se encuentran las acometidas y el medidor, constancia de las correcciones que se realicen, recomendaciones, plazo para efectuar los arreglos o ajustes exigidos, el tiempo de 15 minutos que tuvo el usuario para estar asistido por un electricista o un testigo hábil, como también que le fue explicado por parte de la EMPRESA la posibilidad que tiene de utilizar cualquier de los medios probatorios establecidos en la legislación.
4. El representante de la **EMPRESA**, la persona que atendió la visita y los testigos o técnico si los hubiere, firmarán el acta de verificación o visita. Una copia del acta se entregará a quien atendió la diligencia.
5. Podrá obtenerse en forma adicional pruebas como videos, fotografías y en general todas aquellas que permitan establecer el estado general de las instalaciones.
6. En el evento en que la verificación no pueda ser atendida por persona alguna la EMPRESA procederá a sellar la instalación eléctrica (instalando un sello de condenación), para lo cual procederá a informar al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, la fecha en que se realizará la próxima visita.
7. La ruptura en el sello de condenación será un indicio grave de la posible existencia de anomalías o irregularidades tanto en las conexiones o en el medidor y ello se dejará consignado en el acta de verificación.
8. En caso que el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** no atienda la visita o no designe a un representante previa comunicación por parte de la empresa en donde se le informo la nueva fecha salvo que el usuario haya comunicado a la empresa las razones por la cuales no puede atender esta segunda visita, se entenderá que existe omisión por parte de este, lo cual dará lugar para que la **EMPRESA** efectué la revisión con la firma de un testigo hábil que se encuentre en el sitio.
9. Si el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** no permite la revisión se procederá a la suspensión del servicio.
10. La **EMPRESA** dejará constancia de la verificación o visita e informará al usuario de la misma dejando una copia del acta en sitio, en caso de encontrar alguna anomalía.
11. No procederá la suspensión del servicio, en el evento en que la anomalía sea corregida inmediatamente por la **EMPRESA**.
12. Si en la visita la **EMPRESA** encuentra ausencia de sellos, ruptura o indicio de alteración en uno o más de los elementos de seguridad instalados en los equipos de medida, o que los sellos no corresponden a los instalados se procederá a verificar el equipo de medida en un laboratorio debidamente acreditado. De todo lo anterior la **EMPRESA** dejará prueba en el acta de verificación o visita en la cual hará una descripción detallada de las irregularidades encontradas.
13. La **EMPRESA** podrá remplazar los sellos de seguridad por nuevos si encuentra que aquellos han sido alterados o retirados. La anterior facultad aplica igualmente tratándose de presunta irregularidad en los elementos de protección, de control, de gabinete o en celdas, tapa de bornera del contador o similares, ya sea por que han sido alterados o retirados. Constituirá un indicio grave en contra del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, la circunstancia que en posterior visita se encuentre que este ha incurrido en cualquiera de las anteriores conductas.
14. La **EMPRESA** podrá retirar el medidor a fin de establecer técnicamente la existencia de la anomalía o la presunta irregularidad, dejando constancia de ello en el acta de verificación o visita así como del censo de carga, y si ha bien lo determina podrá instalar un equipo provisional.
15. Una vez retirado el medidor, la **EMPRESA** adoptará medidas para evitar su deterioro. En todo caso, el aparato de medida se embalará en una bolsa diseñada para el efecto, la cual será sellada para su posterior apertura en el laboratorio de la **EMPRESA** o en el que decida el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** cuando se pueda realizar la prueba.
16. Si del resultado del dictamen del laboratorio o del análisis en terreno se determina la no existencia de una anomalía y por el contrario tan solo se determina una irregularidad externa tales como sellos rotos, rotura de tapas o del vidrio protector o la existencia de cualquiera de estos elementos que al verificarlos con los registros de la **EMPRESA** no concuerden, la **EMPRESA** procederá a cobrar por la revisión técnica. en todo caso sí será obligación del suscriptor o usuario hacerlos reparar o reemplazarlos, a satisfacción de la empresa, cuando se establezca que el funcionamiento no permite determinar en forma adecuada los consumos, o cuando el desarrollo tecnológico ponga a su disposición instrumentos de medida más precisos. Cuando el usuario o suscriptor, pasado un período de facturación, no tome las acciones necesarias para reparar o reemplazar los medidores, la empresa podrá hacerlo por cuenta del usuario o suscriptor.
17. Si como resultado de la investigación se determina una anomalía conforme a la cual no se ha registrado en parte o en su totalidad la energía consumida, la **EMPRESA** cobrará la energía dejada de facturar en lo concerniente a los cinco meses anteriores con la tarifa vigente en el momento de la detección de la anomalía.

Para calcular la energía dejada de facturar se usará los factores de utilización establecidos en el presente contrato.

B. ETAPA ADMINISTRATIVA

Con base en las pruebas sumarias practicadas y previo análisis de las mismas, la EMPRESA podrá dar inicio a la correspondiente actuación mediante la expedición de un pliego de cargos, el cual será comunicado al **USUARIO** y/o **SUSCRIPTOR** y/o **PROPIETARIO** y se le informará como mínimo, lo siguiente:

1. Los hechos a investigar y que constituyen presunto incumplimiento del contrato.
2. Las pruebas sumarias practicadas y el resultado de las mismas.
3. El procedimiento que se desarrollará para establecer si existe un uso no autorizado de la energía.
4. El derecho que tiene a presentar descargos y cualquier eximente de responsabilidad frente al presunto incumplimiento, indicándole las oportunidades de defensa con las que cuenta.
5. El derecho que tiene a controvertir las pruebas practicadas y solicitar nuevas pruebas.

De acuerdo a lo consagrado en los artículos 28, 44 y 45 del Código Contencioso Administrativo, el inicio de la actuación empresarial mediante la expedición del " Pliego de Cargos ", será notificado al **SUSCRIPTOR** O **USUARIO**, por el medio más eficaz posible, en la dirección registrada ante la **EMPRESA**. De igual forma deberá comunicarse a cualquier tercero que pueda resultar afectado con la decisión, siempre que ello haya sido reportado ante la **EMPRESA**.

DESCARGOS: Una vez comunicado el Pliego de Cargos en la forma antes indicada, el **SUSCRIPTOR** O **USUARIO** tendrá a partir del día siguiente cinco (5) días hábiles para presentar por escrito sus descargos, en los cuales podrá controvertir tanto las consideraciones expuestas por la **EMPRESA** para dar inicio a la actuación Administrativa, los cargos que se le imputan con fundamento en las pruebas recaudadas, alegar las circunstancias eximentes de responsabilidad y solicitar o aportar las pruebas que considere pertinentes para su defensa y que desvirtúen el presunto incumplimiento.

AUTO DE PRUEBAS: Vencido el término para presentar los descargos, la **EMPRESA** expedirá un **AUTO DE PRUEBAS** en donde incorporará las pruebas sumarias practicadas, así como cualquier otra practicada y que haya sido trasladada al usuario con el Pliego de Cargos, valorará y decretará las pruebas conducentes que hayan sido presentadas y solicitadas por el **SUSCRIPTOR O USUARIO** para controvertirlas y las demás de oficio que considere del caso practicar. Este auto de pruebas será notificado al **SUSCRIPTOR O USUARIO** personalmente para lo cual se enviará una comunicación que se hará mediante correo a la dirección registrada por el **SUSCRIPTOR O USUARIO**.
Lo anterior con el objeto de garantizar su efectiva participación en las pruebas y el ejercicio del derecho de defensa y contradicción.

Cuando sea del caso practicar pruebas, se señalará para ello un término no mayor de treinta (30) días, ni menor de diez (10). Los términos inferiores a treinta (30) días podrán prorrogarse una sola vez, sin que con la prórroga el término exceda de treinta (30) días.

En el auto que decrete la práctica de pruebas se indicará, con toda exactitud, el día en que vence el término probatorio.

La **EMPRESA** podrá practicar pruebas de oficio las cuales son admisibles así como las establecidas en el código de procedimiento civil o tener como tales las siguientes:

a. Acta de verificación de la conexión (incluye acometidas) y/o al equipo de medida.
b. Acta de instalación inicial.
c. Certificado de calibración expedido por un laboratorio acreditado para tal efecto por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC).
d. Reporte de ensayo expedido por un laboratorio acreditado por la SIC.
e. Informe o certificado de conformidad expedido por un laboratorio acreditado para tal efecto la SIC.
f. Análisis de consumos antes o después de normalizada la conexión y/o equipo de medida del usuario.
g. Otras actas de verificación realizadas anterior o posteriormente.
h. Las demás que la **EMPRESA** considere.

Contra el auto que niegue las pruebas solo procederá el Recurso de Reposición.

ACTO ADMINISTRATIVO: Agotada la etapa anterior, la **EMPRESA** proferirá un acto Administrativo en la que previa valoración del procedimiento adelantado, el respeto de los derechos fundamentales del **SUSCRIPTOR O USUARIO**, las pruebas recaudadas y practicadas, los descargos presentados por el **SUSCRIPTOR O USUARIO**, definirá si se configuró o no del uso no autorizado del servicio de energía eléctrica y liquidara el consumo dejado de facturar.

La Decisión Empresarial deberá determinar con precisión la(s) anomalías e irregularidades comprobada(s) que configura(n) uso no autorizado de la energía, los motivos en que se sustenta la decisión, el análisis de todas las pruebas, el valor del Consumo No Registrado y la forma de calcularlo y los recursos a que haya lugar. En caso contrario la **EMPRESA** se pronunciará en ese sentido y archivará el procedimiento iniciado en contra del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**.

PARÁGRAFO.- CITACIÓN A TERCEROS. Para efectos del presente contrato cuando de la misma petición, resulte que hay terceros determinados que puedan estar directamente interesados en los resultados de la decisión se le citará para que puedan hacerse parte y hacer valer sus derechos. La citación se hará por correo a la dirección que se conozca sino hay otro medio más eficaz. Si la citación no fuere posible o pudiese resultar costosa o demasiado demorada se hará la publicación conforme lo determina el artículo 15 del C.C.A

NOTIFICACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO: La Decisión Empresarial adoptada será notificada personalmente al **SUSCRIPTOR O USUARIO**, para lo cual la **EMPRESA** le enviará una citación a la dirección del inmueble, con el fin de que comparezca a notificarse personalmente dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de recibo de la citación, en las oficinas que para el efecto designe la **EMPRESA**. Vencido ese término, si el **SUSCRIPTOR O USUARIO** no comparece a notificarse personalmente, la **EMPRESA** procederá a notificar la decisión empresarial
mediante aviso.

La **EMPRESA** notificara la decisión del acto administrativo señalando la procedencia de los recursos de reposición y en subsidio de apelación, término para interponerlos y funcionario de la EMPRESA al cual debe dirigirse.

C. VÍA GUBERNATIVA PARA LOS ACTOS DE NEGATIVA DEL CONTRATO SUSPENSIÓN CORTE Y FACTURACIÓN

Mediante la vía gubernativa se da la oportunidad al **SUSCRIPTOR O USUARIO** para acceder al control de legalidad de los actos expedidos por la **EMPRESA**.
El procedimiento de la vía gubernativa se inicia a partir de la notificación del acto administrativo que ponga fin a una actuación administrativa y su agotamiento es a la vez presupuesto necesario para acudir a la vía jurisdiccional.

En la vía gubernativa procede el recurso os reposición y en subsidio el de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

La interposición de estos recursos deberá hacerse dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del acto y deberán reunir los siguientes requisitos:

1. Los de Ley.
2. Interponerse dentro del plazo legal, personalmente y por escrito por el interesado o por su representante o
apoderado debidamente constituido.
3. Sustentarse con expresión concreta de los motivos de inconformidad, y con indicación del nombre del recurrente.
4. Relacionar las pruebas que pretenda hacer valer.
5. Indicar el nombre y la dirección de la persona que presenta el recurso.
6. El SUSCRIPTOR o USUARIO, deberá interponer los recursos ante el funcionario que profirió el acto.

Si el **SUCRIPTOR** O **USUARIO** no presenta los recursos con el lleno de los requisitos, o si los presenta en forma extemporánea, la **EMPRESA** los rechazará de plano y la decisión quedará en firme.

La **EMPRESA** está en la obligación de resolver el recurso de reposición dentro de los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de su radicación. Cuando sea del caso practicar pruebas, se señalará para ello un término no mayor de treinta (30) días, ni menor de diez (10). Los términos inferiores a treinta (30) días podrán prorrogarse una sola vez, sin que con la prórroga el término exceda de treinta (30) días.

En el auto que decrete la práctica de pruebas se indicará, con toda exactitud, el día en que vence el término probatorio.

Si el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, solo interpuso el recurso de reposición este se resolverá y no procederá el de apelación.

Si al resolver los recursos, la **EMPRESA** advierte la violación de algún derecho fundamental constitucional del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, con ocasión del procedimiento adelantado, deberá proceder a su protección inmediata, aún cuando el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, no lo hubiere invocado expresamente. La **EMPRESA** una vez interpuesto los recursos los admitirá o rechazará. En caso en que la **EMPRESA** rechace el recurso de apelación, el usuario podrá interponer el recurso de Queja ante la **EMPRESA** o Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

La **EMPRESA** notificará el acto administrativo al SUSCRIPTOR o USUARIO, observando el procedimiento previsto en el presente contrato.

El acto administrativo queda en firme en los siguientes casos: cuando los recursos fueren interpuestos dentro de la oportunidad procesal, se decidan y se notifiquen, o se haya renunciado expresamente a ellos.

CLÁUSULA 70. TRANSACCIÓN: La **EMPRESA** y los investigados podrán transar en cualquier etapa del proceso hasta que la **EMPRESA** adopte su decisión final, dicha transacción procederá de mutuo acuerdo con libre y espontaneo consentimiento de las partes bajo el cumplimiento de las disposiciones del código civil brindando
garantías al suscriptor o usuario.

Suscrita el acta de transacción o en firme la decisión, la **EMPRESA** incluirá el valor transado en la factura la cual hará llegar al usuario para su pago. Vencido el plazo, si no se ha cancelado, la EMPRESA procederá a la suspensión o corte del servicio sin perjuicio de las acciones judiciales procedentes a fin de obtener el pago de la suma adeudada.

CLÁUSULA 71. AUTODENUNCIA. En el evento de que el suscriptor, usuario, poseedor o propietario solicite la revisión de sus instalaciones o informe una eventual anomalía en su predio con anticipación a la visita de la **EMPRESA**, esta se abstendrá de cobrar el valor de la revisión e iniciar el procedimiento para investigar, pero cobrará la energía no facturada.

CLÁUSULA 72. OPCIONES DE PAGO: La **EMPRESA** dará a los **SUSCRIPTORES** O **USUARIOS** las opciones de pago señaladas a través de documento de gerencia.

TITULO VII
DISPOSICIONES FINALES Y DEFINICIONES ESPECIALES

CAPITULO I
DISPOSICIONES FINALES

CLÁUSULA 73. MODIFICACIONES AL CONTRATO: Cualquier modificación que se haga al presente contrato por parte de la **EMPRESA** se entenderá incorporada al mismo y será informada a través de medios de amplia circulación del territorio donde la **EMPRESA** presta los servicios. Dicha publicación se hará dentro de los quince días siguientes a la modificación. En todo caso la **EMPRESA** dispondrá de copias y tendrá la obligación de suministrarlas al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** que las solicite

CLÁUSULA 74. DURACIÓN DEL CONTRATO: Este contrato se entiende celebrado por término indefinido.

CLÁUSULA 75. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS: Las diferencias que surjan entre la **EMPRESA** y el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO,** derivadas del presente contrato, serán dirimidas por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios en agotamiento de la vía gubernativa, la Jurisdicción Ordinaria o Contenciosos Administrativa o por un tercero si de esa manera lo acuerdan las partes.

CLÁUSULA 76. DISPOSICIÓN FINAL:. Harán parte del presente contrato las leyes 142, 143 de 1994, resoluciones de la CREG y las cláusulas especiales que se pacten con los SUSCRIPTOR o USUARIO, y en general la normatividad que regule la materia.

CAPITULO II
DEFINICIONES ESPECIALES

CLÁUSULA 77. DEFINICIONES: Para interpretar y aplicar las condiciones uniformes de este contrato, se tendrán
en cuenta las definiciones consagradas en la normatividad vigente, así como las siguientes:

1. **ACOMETIDA:** Derivación de la red local del servicio respectivo que llega hasta el registro de corte del inmueble. En edificios de propiedad horizontal o condominios, la acometida llega hasta el registro de corte general.
2. **ACTA DE VERIFICACIÓN:** Documento consecutivo en el que se hace constar el estado, las características, los sellos de seguridad y el funcionamiento del medidor y demás elementos utilizados para la medición.
3. **AFORO:** Actividad tendiente a determinar las capacidades nominales de los equipos, artefactos, e instalaciones eléctricas conectados o susceptibles de conexión encontrados en un inmueble al momento de la visita.
4. **ANOMALIA:** Alteración de la acometida o medidor que afecte la medición real del consumo realizada por el usuario o un tercero.
5. **CABALLO DE FUERZA (HP):** Unidad de potencia equivalente a 0.746 kw.
6. **CAMBIO DE NOMBRE:** Actualización en los registros de la **EMPRESA** del nombre o razón social del propietario de un inmueble o titular de una cuenta de servicio de energía eléctrica. Los cambios se harán oficiosamente o por solicitud del interesado.
7. **CANCELACIÓN DE LA CUENTA:** Eliminación de la asignación numérica que identifica un predio de otro, como consecuencia de la finalización del contrato de servicio público.
8. **CAPACIDAD INSTALADA:** Es la capacidad nominal del componente limitante de un sistema.
9. **CARGA DE DISEÑO:** Carga utilizada en el diseño eléctrico para el cálculo de protecciones, equipo de medida, transformadores y el calibre de los conductores.
10. **CIRCUITO PRINCIPAL:** Circuito que está en capacidad de alimentar la totalidad de una carga. El circuito de supiencia es aquel que alimenta total o parcialmente una carga cuando el circuito principal se encuentra fuera de servicio.
11. **CIRCUITO:** Red o tramo de red eléctrica monofásica, bifásica o trifásica que sale de una subestación, de un transformador de distribución o de otra red y suministra energía eléctrica a un área específica. Cuando un circuito tenga varias secciones o tramos, cada sección o tramo se considera como un circuito.
12. **CLASE DE PRECISIÓN.** Características metrológicas del grupo de instrumentos y transformadores de medida que satisfacen requisitos metrológicos destinados a mantener los errores y variaciones permitidas, dentro de los límites especificados.
13. **CÓDIGO DE CUENTA:** Asignación numérica que la **EMPRESA** realiza para identificar los predios a los cuales les presta el servicio de energía eléctrica.
14. **CÓDIGO DE REDES:** Conjunto de reglas, normas, estándares y procedimientos técnicos expedidos por la CREG a los cuales deben someterse las **EMPRESAS** de servicios públicos del sector eléctrico y otras personas que usen el Sistema de Transmisión Nacional.
15. **COMERCIALIZACIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA:** Actividad consistente en la compra de energía eléctrica en el mercado mayorista y su venta a los usuarios finales, regulados o no regulados. Quien desarrolla esta actividad se denomina comercializador de energía eléctrica
16. **COMERCIALIZADOR:** Persona natural o jurídica que comercializa energía eléctrica.
17. **COMPONENTE LIMITANTE:** Es el componente que forma parte de un sistema y que determina la máxima capacidad a operar
18. **CONEXIÓN IRREGULAR:** Cualquier derivación de la red local, o de otra acometida, efectuada sin autorización del prestador del servicio.
19. **CONEXIÓN:** Conjunto de actividades mediante las cuales se realiza la derivación de la red local de energía eléctrica hasta el registro de corte de un inmueble y se instala el medidor. Los elementos de la conexión comprenden la acometida y el medidor. La red interna no forma parte de la conexión.
20. **CONSUMIDOR:** Es el mismo usuario o **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**.
21. **CONSUMO ANORMAL:** Consumo que, al compararse con los promedios históricos de un mismo suscriptor o usuario, o con los promedios de consumo de **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** con características similares, presenta desviaciones significativas, de acuerdo con los parámetros establecidos por la **EMPRESA**.
22. **CONSUMO DE SUBSISTENCIA:** Se define como consumo de subsistencia, la cantidad mínima de electricidad utilizada en un mes por un usuario típico para satisfacer las necesidades básicas que solamente puedan ser satisfechas mediante esta forma de energía final. Se establece el Consumo de Subsistencia en 173 kWh-mes para alturas inferior es a 1.000 metros sobre el nivel del mar, y en 130 kWh-mes para alturas iguales o superiores a 1.000 metros sobre el nivel del mar.
23. **CONSUMO ESTIMADO POR CENSO DE CARGA O AFORO:** Consumo establecido con base en aforosindividuales de carga utilizando el factor utilización establecido por la empresa.
24. **CONSUMO ESTIMADO:** Consumo establecido con base en consumos promedios de otros períodos de un mismo suscriptor o usuario, o con base en los consumos promedios de **SUSCRIPTORES** o **USUARIOS** con características similares, o con base en aforos individuales de carga.
25. **CONSUMO FACTURADO:** Es el liquidado y cobrado al suscriptor o usuario, de acuerdo con las tarifas autorizadas por la Comisión para los usuarios regulados, o a los precios pactados con el usuario, si éste es no regulado. En el caso del servicio de energía eléctrica, la tarifa debe corresponder al nivel de tensión donde se encuentra conectado directa o indirectamente el medidor el suscriptor o usuario.
26. **CONSUMO IRREGULAR:** Consumo que se realiza a través de una acometida clandestina por alteración de las conexiones, los equipos de medición o de control; igualmente, es el que se realiza cuando el servicio se encuentre suspendido o cortado.
27. **CONSUMO MEDIDO:** Es el que se determina con base en la diferencia entre la lectura actual y la lectura anterior del medidor, o en la información de consumos que este registre.
28. **CONSUMO NO AUTORIZADO:** Es el consumo realizado a través de una acometida no autorizada por la empresa, o por la alteración de las conexiones o de los equipos de medición o de control, o del funcionamiento de tales equipos.
29. **CONSUMO PROMEDIO:** Es el que se determina con base en el consumo histórico del usuario en los últimos seis meses de consumo.
30. **CONSUMO:** Cantidad de metros cúbicos de gas, o cantidad de kilovatios y/o kilovatios-hora de energía activa o reactiva, recibidas por el suscriptor o usuario en un período determinado, leídos en los equipos de medición respectivos, o calculados mediante la metodología establecida en la presente resolución.
31. **CONTRIBUCIÓN:** Suma que el usuario paga al comercializador por encima del costo del servicio, destinada a financiar subsidios, según las normas pertinentes.
32. **CORTE DEL SERVICIO:** Pérdida del derecho al suministro del servicio público domiciliario de energía eléctrica en caso de ocurrencia de alguna de las causales contempladas en la ley 142 de 1994 y en el presente contrato de servicios públicos.
33. **CREG:** Comisión de Regulación de Energía y Gas.
34. **DEFRAUDACIÓN DE FLUIDOS ELÉCTRICOS:** El que mediante cualquier mecanismo clandestino o alterando los sistemas de control o aparatos contadores, se apropie de energía eléctrica, agua, gas natural, o señal de telecomunicaciones, en perjuicio ajeno, incurrirá en prisión de uno (1) a cuatro (4) años y en multa de uno (1) a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
35. **DEMANDA MÁXIMA:** Potencia eléctrica máxima demandada por una instalación durante un período dado, expresada en kilovatios (kw).
36. **DESVIACIÓN SIGNIFICATIVA DEL CONSUMO:** Aumento o reducción del consumo en un período determinado que, comparados con los promedios de los últimos tres períodos, si la facturación es bimestral, o de los últimos seis períodos si la facturación es mensual,
37. **DISTRIBUCIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA:** Es la actividad de transportar energía a través de una red de distribución a voltajes iguales o inferiores a 115 kV. Quien desarrolla esta actividad se denomina distribuidor de energía eléctrica
38. **DISTRIBUIDOR LOCAL (DL).** Persona que opera y transporta energía eléctrica en un Sistema de Distribución Local, o que ha constituido una empresa cuyo objeto incluye el desarrollo de dichas actividades; y la operará directamente o por interpuesta persona (Operador).
39. **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P.** Empresa de Servicios Públicos constituida como sociedad comercial anónima, mixta, cuyo objeto social consiste en distribuir y comercializar energía eléctrica. El término **EMPRESA** enunciado como parte en este contrato se entenderá referido a la **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P**
40. **ENERGÍA ACTIVA:** Energía eléctrica potencialmente transformable en trabajo o iluminación.
41. **ENERGÍA NO FACTURADA:** Energía que por acción u omisión de la **EMPRESA** o el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** no fue facturada dentro del periodo correspondiente.
42. **ENERGÍA REACTIVA:** Cantidad de kilovatios-hora transportados a través de las redes que conforman los Sistemas de Transmisión Regional y Sistemas de Distribución Local y registrados mediante los equipos de medida de energía reactiva ubicados en las fronteras comerciales de los respectivos usuarios.
43. **EQUIPO DE MEDIDA:** En relación con un punto de conexión lo conforman todos los transformadores de medida, medidores y el cableado necesario para ese punto de conexión.
44. **ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:** Es la clasificación de los inmuebles residenciales de un municipio, que se hace en atención a los factores y procedimientos que determina la ley.
45. **ESTRATO SOCIOECONÓMICO:** Asignación numérica dada a un inmueble residencial dentro de la clasificación establecida por las normas vigentes, y que sirve para determinar si se es sujeto de contribución o beneficiario de subsidio y el monto en el pago de los servicios públicos domiciliarios.
46. **ESTUDIO PRELIMINAR:** Es un procedimiento mediante el cual, previo estudio de factibilidad de la conexión y del proyecto respectivo, el prestador del servicio determina las condiciones técnicas y operativas bajo las cuales está en disposición de suministrar el servicio de energía. Esta forma parte del Estudio de Conexión Particularmente Complejo.
47. **FACTOR DE MULTIPLICACIÓN DEL MEDIDOR:** Número por el que se debe multiplicar la diferencia de lecturas consecutivas que registran los medidores para obtener el consumo real en un período de facturación. Este número corresponde a la relación de transformación de los transformadores de corriente o de potencial.

48. **FACTOR DE POTENCIA:** Relación entre kilovatios y kilovoltamperios del mismo sistema eléctrico o parte de él.

49. **FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS:** Es la cuenta que una persona prestadora de servicios públicos entrega o remite al usuario, por causa del consumo y demás servicios inherentes en desarrollo de un contrato de prestación de servicios públicos.

50. **FACTURACIÓN:** Conjunto de actividades que se realizan para emitir la factura, que comprende: lectura, determinación de consumos, revisión previa en caso de consumos anormales, liquidación de consumos, elaboración y entrega de la factura.

51. **FRONTERA COMERCIAL.** Se define como frontera comercial entre el OR, o el Comercializador y el Usuario los puntos de conexión del equipo de medida, a partir del cual este último se responsabiliza por los consumos, y riesgos operativos inherentes a su Red Interna.

52. **INQUILINATO:** Edificación clasificada en los estratos socioeconómicos 1, 2 o 3, con una entrada común desde la calle, que aloja tres o más hogares que comparten los servicios públicos domiciliarios y los servicios sanitarios.

53. **IRREGULARIDAD.** Es toda alteración en las instalaciones eléctricas de un **USUARIO** O **SUSCRIPTOR.** La irregularidad es el género y la anormalia es la especie.

54. **LECTURA:** Registro del consumo que marca el medidor.

55. **LIBERTAD REGULADA.** Régimen de tarifas mediante el cual la comisión de regulación respectiva fijará los criterios y la metodología con arreglo a los cuales las empresas de servicios públicos domiciliarios pueden determinar o modificar los precios máximos para los servicios ofrecidos al usuario o consumidor.

56. **LIBERTAD VIGILADA.** Régimen de tarifas mediante el cual las empresas de servicios públicos domiciliarios pueden determinar libremente las tarifas de venta a medianos y pequeños consumidores, con la obligación de informar por escrito a las comisiones de regulación, sobre las decisiones tomadas sobre esta materia.

57. **MEDIDOR DE CONEXIÓN DIRECTA:** Es el dispositivo que mide el consumo y se conecta a la red eléctrica sin transformadores de medida.

58. **MEDIDOR DE CONEXIÓN INDIRECTA:** Es el dispositivo de energía que se conecta a la red a través de transformadores de tensión y/o corriente

[redacted] **MEDIDOR PREPAGO:** Equipo de medida o dispositivo que permite el control de la entrega y registro del consumo al suscriptor o usuario, de una cantidad de energía eléctrica o de gas combustible por la cual paga anticipadamente.

60. **MEDIDOR:** Es el aparato que mide la demanda máxima y los consumos de energía activa o reactiva o las dos. La medida de energía puede ser realizada en función del tiempo y puede o no incluir dispositivos de transmisión de datos.

61. **NIVEL DE TENSIÓN:** Para el servicio público domiciliario de energía eléctrica, se definen los siguientes niveles de tensión, a uno de los cuales se pueden conectar, directa o indirectamente, los equipos de medida:

Nivel 1: Tensión nominal inferior a un (1) kilovoltio (kV), suministrado en la modalidad trifásica o monofásica.

Nivel 2: Tensión nominal mayor o igual a un (1) kilovoltio (kV) y menor a treinta (30) kV, suministrado en la modalidad trifásica o monofásica.

Nivel 3: Tensión nominal mayor o igual a treinta (30) kilovoltio (kV) y menor a sesenta y dos (62) kV, suministrado en la modalidad trifásica.

Nivel 4: Tensión nominal mayor o igual a sesenta y dos (62) kilovoltio (kV), suministrado en la modalidad trifásica.

62. **NOMENCLATURA:** Asignación numérica y alfanumérica que realiza la autoridad para identificar un inmueble de otro.

[redacted] **NTC:** Norma Técnica Colombiana avalada por el ICONTEC.

64. **OPERADOR DE RED (OR).** Persona encargada de la planeación de la expansión, las inversiones, la operación y el mantenimiento de todo o parte de un STR o SDL. Los activos pueden ser de su propiedad o de terceros. Para todos los propósitos son las empresas que tienen Cargos por Uso de los STR o SDL aprobados por la CREG. El OR siempre debe ser una Empresa de Servicios Públicos. La unidad mínima de un SDL para que un OR solicite Cargos de Uso corresponde a un Mercado de Comercialización.

65. **PERÍODO DE FACTURACIÓN:** Lapso entre dos lecturas consecutivas del medidor de un inmueble, cuando el medidor instalado no corresponda a uno de prepago.

66. **PETICIÓN:** Solicitud de un **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, dirigida a la **EMPRESA**, relacionada con la prestación del servicio de energía eléctrica, con el fin de obtener de ella una respuesta, que se atenderá de la misma forma en que se haya dirigido.

67. **PLAN DE EXPANSIÓN:** Programa de inversión establecido por la **EMPRESA** para ser ejecutado en un periodo determinado, tendiente a ampliar la cobertura de prestación del servicio de energía eléctrica en aquellas áreas en donde éste no es suministrado. El plan se desarrollará y ejecutará de acuerdo con las disposiciones que rigen el presupuesto interno, el plan de ordenamiento territorial y la normatividad existente.

68. **PRESTADOR DEL SERVICIO:** Cualquiera de las personas señaladas en el artículo 15 de la Ley 142 de 1994. Para los efectos de esta resolución, a tales personas se les denomina "la empresa".

69. **PUNTO DE CONEXIÓN:** Punto en el cual un **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** está conectado a un Sistema de Transmisión Regional y/o Sistema de Distribución Local con el propósito de transferir energía eléctrica.

70. **PUNTO DE MEDICIÓN:** Es el punto de conexión eléctrico del circuito primario del transformador de corriente que está asociado al punto de conexión, o los bornes del medidor, en el caso del nivel de tensión I.

71. **QUEJA:** Acto por el cual el **SUSCRIPTOR** o **USUARIO,** manifiesta su inconformidad con la actuación de determinado o determinados empleados o con la forma y condiciones en que se ha prestado el servicio. Es distinto al recurso de queja.

72. **RECONEXIÓN DEL SERVICIO:** Restablecimiento del suministro del servicio público cuando previamente se ha suspendido.

73. **RECURSO DE QUEJA:** Medio que la Ley otorga al SUSCRIPTOR o USUARIO para controvertir las decisiones de la EMPRESA, cuando se niega el de apelación. Este recurso se debe interponer dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios o la Empresa.

74. **RECURSOS:** Medios de defensa que la Ley otorga a los SUSCRIPTORES o USUARIOS, para controvertir asuntos relacionados con la prestación del servicio. Comprende los de reposición y en subsidios apelación.

a. **RECURSO DE REPOSICIÓN:** Mecanismo jurídico que la Ley otorga al SUSCRIPTOR o USUARIO, y que consiste en una solicitud dirigida a la EMPRESA para que aclare, modifique o revoque una decisión relacionada con la prestación del servicio público domiciliario de suministro de energía eléctrica.

b. **RECURSO DE APELACIÓN (SUBSIDIARIO):** Medio que la Ley otorga al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO** para controvertir las decisiones de la **EMPRESA**. Siempre deberá interponerse como subsidiario al de reposición en un mismo escrito ante el funcionario que profirió el acto y del cual se da traslado a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios una vez se resuelve de manera negativa, total o parcial, el recurso de reposición. De los recursos de Reposición y Apelación debe hacerse uso dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a aquel en que la **EMPRESA** ponga el acto en conocimiento del **SUSCRIPTOR** o **USUARIO.**

75. **RED DE USO GENERAL:** Rede pública que no forma parte de acometidas o de instalaciones internas.

76. **RED INTERNA:** Es el conjunto de redes, tuberías, accesorios y equipos que integran el sistema de suministro del servicio público al inmueble a partir del medidor, o, en el caso de los suscriptores o usuarios sin medidor, a partir del registro de corte del inmueble. Para edificios de propiedad horizontal o condominios, es aquel sistema de suministro del servicio al inmueble a partir del registro de corte general, cuando lo hubiere.

77. **RED PÚBLICA:** Aquella que utilizan dos o más personas naturales o jurídicas, independientemente de la propiedad de la red.

78. **REDES DE DISTRIBUCIÓN:** conjunto de líneas y subestaciones, con sus equipos asociados, destinados al servicio de los usuarios de un municipio o municipios adyacentes o asociados mediante cualquiera de las formas previstas en la Constitución Política.

79. **REFACTURADO:** Corrección que se efectúa a la liquidación de una factura.

80. **REGISTRO DE CORTE GENERAL:** mecanismo que permite desconectar del servicio a todos los inmuebles que se encuentran conectados a la misma instalación eléctrica.

81. **REGISTRO DE CORTE:** Cajilla generalmente empotrada en donde se ubica el dispositivo de corte. En su ausencia, entiéndase por aquel, la parte de la acometida externa más cercana al medidor si lo hubiere. Si no hubiere medidor, entiéndase por tal, la parte de la acometida más cercana al inmueble que permite suspender el suministro del servicio.

82. **REINSTALACIÓN DEL SERVICIO:** Restablecimiento del suministro del servicio público cuando previamente se ha efectuado su corte.

83. **RESERVA DE CARGA:** Es la solicitud que tiene por objeto disminuir a petición del **SUSCRIPTOR O USUARIO** o por conveniencia de la **EMPRESA** la carga contratada, conservando los suscriptores o usuarios sus derechos sobre la misma. En ningún caso dicha carga podrá ser inferior a 2 kw.

84. **RETIE:** Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas

85. **REVISIÓN:** Actividades y procedimientos que realiza la **EMPRESA** para verificar el estado de los equipos de medida, sellos de seguridad, instalaciones eléctrica, acometida, líneas y redes eléctricas, buscando corroborar el correcto cumplimiento del contrato o detectar la causa que dio origen a consumos anormales.

86. **SELLO DE CONDENACIÓN:** Sistema de seguridad instalado en el equipo de medida con el objeto de que este no sea manipulado por personal ajeno a la **EMPRESA.**

87. **SERVICIO CONTRATADO O MODALIDAD CONTRATADA.** Sin perjuicio de las normas sobre subsidios y contribuciones, los servicios públicos domiciliarios de energía eléctrica y gas combustible por red de ductos, serán prestados bajo la modalidad residencial o no residencial. El residencial es aquel que se presta directamente a los hogares o núcleos familiares, incluyendo las áreas comunes de los conjuntos habitacionales. El servicio no residencial es el que se presta para otros fines.

Parágrafo 1°. Para efectos del servicio de energía eléctrica, podrán considerarse como residenciales los pequeños establecimientos comerciales o industriales conexos a los apartamentos o casas de habitación, cuya carga instalada sea igual o inferior a tres (3) kilovatios, si el inmueble esté destinado, en más de un 50% de su extensión, a fines residenciales.

Parágrafo 2°. Los suscriptores o usuarios residenciales serán clasificados de acuerdo con la estratificación socioeconómica que haya realizado la autoridad competente, según lo dispuesto en la Ley 142 de 1994.

Parágrafo 3°. Los suscriptores o usuarios no residenciales se clasificarán de acuerdo con la última versión vigente de la "Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas" (CIIU) de las Naciones Unidas. Se exceptúa a los suscriptores o usuarios oficiales, especiales, otras empresas de servicios públicos, y las zonas francas, que se clasificarán en forma Se exceptúa a los suscriptores o usuarios oficiales, especiales, otras empresas de servicios públicos, y las zonas francas, que se clasificarán en forma separada.

88. **SERVICIO DE ALUMBRADO PÚBLICO.** Es el servicio público consistente en la iluminación de las vías públicas, parques públicos, y demás espacios de libre circulación que no se encuentren a cargo de ninguna persona natural o jurídica de derecho privado o público, diferente del municipio, con el objeto de proporcionar la visibilidad adecuada para el normal desarrollo de las actividades tanto vehiculares como peatonales. También se incluyen los sistemas de semaforización y relojes electrónicos instalados por el Municipio. Por vías públicas se entienden los senderos y caminos peatonales y vehiculares, calles y avenidas de tránsito comunitario o general.

89. **SERVICIO DE CONEXIÓN:** Actividades a cargo del **SUSCRIPTOR O USUARIO** para realizar la conexión del servicio.

90. **SERVICIO NO RESIDENCIAL:** Es el destinado a satisfacer las necesidades de energía eléctrica de los establecimientos industriales, comerciales, oficiales y en general, de todos aquellos que no sean clasificados como residenciales.

91. **SERVICIO PROVISIONAL:** Servicio de energía eléctrica que se presta transitoriamente a espectáculos públicos, ferias y fiestas, obras en construcción, trabajos no permanentes de construcción, iluminaciones decorativas y vallas publicitarias no permanentes, entre otras.

92. **SERVICIO PÚBLICO DOMICILIARIO DE ENERGÍA ELÉCTRICA:** Es el transporte de energía eléctrica desde las redes regionales de transmisión hasta el domicilio del usuario final, incluida su conexión y medición. También se aplicará esta Ley a las actividades complementarias de generación, de comercialización, de transformación, interconexión y transmisión.

93. **SERVICIO RESIDENCIAL:** Es aquel que se presta directamente a los hogares o núcleos familiares, incluyendo las áreas comunes de los conjuntos habitacionales. Podrán considerarse como residenciales los pequeños establecimientos comerciales o industriales conexos a los apartamentos o casas de habitación, cuya carga instalada sea igual o inferior a tres (3) kilovatios, si el inmueble está destinado, en más de un 50% de su extensión, a fines residenciales.

94. **SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS:** Son los servicios públicos de acueducto, alcantarillado, aseo, energía eléctrica, telefonía pública básica conmutada, telefonía móvil rural y distribución de gas combustible.

95. **SILENCIO POSITIVO:** La empresa responderá los recursos, quejas y peticiones dentro del término de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de su presentación. Pasado ese término, y salvo que se demuestre que el suscriptor o usuario auspicio la demora, o que se requirió de la práctica de pruebas, se entenderá que el recurso ha sido resuelto en forma favorable a él.

96. **SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN LOCAL (SDL):** Sistema de transporte de energía eléctrica compuesto por el conjunto de líneas y subestaciones, con sus equipos asociados, que operan a los niveles de tensión 3, 2 y 1 dedicados a la prestación del servicio en uno o varios Mercados de Comercialización.

97. **SISTEMA DE TRANSMISIÓN REGIONAL (STR):** Sistema de transporte de energía eléctrica compuesto por los activos de conexión al STN y el conjunto de líneas y subestaciones, con sus equipos asociados, que operan en el Nivel de Tensión 4 y que están conectados eléctricamente entre sí a este Nivel de Tensión, o que han sido definidos como tales por la Comisión. Un STR puede pertenecer a uno o más Operadores de Red.

98. **SOLICITUD DE AUMENTO DE CARGA:** Petición que realiza el SUSCRIPTOR O USUARIO a la EMPRESA, para incrementar la carga registrada o contratada para el inmueble que aparece registrada en la factura.

99. **SUBSIDIO.** Diferencia entre lo que se paga por un bien o servicio, y el costo de éste, cuando tal costo es mayor al pago que se recibe.

100. **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS (SSPD):** Organismo de orden nacional encargado del control, inspección y vigilancia de las entidades que prestan los servicios públicos domiciliarios.

101. **SUSCRIPTOR POTENCIAL:** Persona que ha iniciado consultas para convertirse en usuario de los servicios públicos

102. **SUSCRIPTOR:** Persona natural o jurídica con la cual se ha celebrado un contrato de condiciones uniformes de servicios públicos.

103. **SUSPENSIÓN DEL SERVICIO:** Interrupción temporal del suministro del servicio público respectivo, por alguna de las causales previstas en la Ley o en el contrato.

104. **TARIFA:** Valor que le asigna la **EMPRESA** a cada kilovatio hora suministrado al **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**, de acuerdo con los la metodología y factores que previamente ha establecido la Comisión de Regulación de Energía y Gas.

105. **TRANSFORMADOR DEDICADO:** Transformador que presta servicio exclusivamente a un **SUSCRIPTOR** o **USUARIO**.

106. **UNIDADES INMOBILIARIAS CERRADAS:** Conjuntos de edificios, casas y demás construcciones integradas arquitectónica y funcionalmente que comparten elementos estructurales y constructivos, áreas comunes de circulación, recreación, reunión, instalaciones técnicas, zonas verdes y de disfrute visual, cuyos propietarios participan proporcionalmente en el pago de las expensas comunes, tales como los servicios públicos comunitarios, vigilancia, mantenimiento y mejoras. El acceso a tales conjuntos inmobiliarios, comúnmente se encuentra restringido por un cerramiento y controles de ingreso.

107. **USUARIO REGULADO:** Es la persona natural o jurídica cuyas compras de electricidad están sujetas a las tarifas establecidas por la Comisión de Regulación de Energía y Gas.

108. **USUARIO:** Persona natural o jurídica que se beneficia con la prestación de un servicio público, bien como propietario del inmueble en donde este se presta, o como receptor directo del servicio. A este último usuario se denomina también consumidor.

109. **USUARIOS DE MENORES INGRESOS:** Personas naturales que se benefician del servicio de energía eléctrica y que pertenecen a los estratos 1 y 2. Para ser beneficiario del subsidio debe cumplir los requisitos establecidos en la ley 142 y 143 de 1994

110. **VÍAS PÚBLICAS:** Senderos, caminos peatonales y vehiculares, calles, avenidas de tránsito, y demás, de uso comunitario o general.

VIGILADA POR SUPERSERVICIOS NUIR 2-41001000-3

ELECTROHUILA®
S.A E.S.P.

Transmitimos buena energía

www.electrohuila.com.co

15

SEÑOR
JUEZ MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA (REPARTO)
E. S. D.

==========

Referencia: **DEMANDA EJECUTIVA SINGULAR.**

DEMANDANTE: ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P
NIT. 891.180.001-1

DEMANDADO: RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ C.C. No. 36305411

==========

DIANA MARGARITA MORALES CORTES, mayor y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cedula de ciudadanía No. 36.088.553 de Campoalegre (H), abogada en ejercicio, con tarjeta profesional No. 176.632 del C. S. de la J, actuando con plenas facultades en calidad de apoderado judicial de la ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.E.S.P., entidad debidamente reconocida, identificada con el NIT. 891.180.001-1 y representado legalmente por el Doctor HERNANDO RUIZ LOPEZ mayor y vecino de Neiva Huila, identificado con la C.C. No 19.458.650, según certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio de Neiva, y de acuerdo a las facultades expresas en el poder debidamente otorgado por LUIS EDUARDO SERRANO TAFUR, mayor y vecino de la Ciudad de Neiva Huila, con la C.C. No. 7687859, en su calidad de apoderado general de la entidad demandante, me permito interponer ante su despacho DEMANDA EJECUTIVA en los siguientes términos:

1. DESIGNACIÓN DE LAS PARTES

1.1. PARTE DEMANDANTE:

ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A. E.S.P., sociedad Anónima del orden departamental, sometida al régimen de empresa de servicios públicos, con domicilio principal en la ciudad de Neiva Huila, entidad que actúa a través del suscrito como apoderado Judicial de conformidad con el poder debidamente conferido que anexo a la presente demanda.

1.2 PARTE DEMANDADA:

RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ C.C. No. 36305411, Mayor y vecina de la Ciudad de Neiva Huila, domiciliada en el Lote 234 del Barrio Villa Colombia

de Neiva Huila, de acuerdo a la dirección de notificación para todos los efectos suministrada por la demandada.

Para que mediante el trámite legal correspondiente y mediante sentencia se confieran las condenas que indicaré en la parte petitoria, teniendo en cuenta las siguientes.

PRETENSIONES

PRIMERA: Que se libre mandamiento de pago en contra de la señora **RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ** y a favor de la **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.E.S.P.**, por las siguientes sumas de dinero, inmersas dentro de La factura de venta No. 52464340, cuya fecha de emisión es el día 22 de agosto de 2019, correspondiente a la cuenta de servicio de energía No. 129214355.

a) Por la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS MLCTE ($3.304.260)**, por el valor total a pagar de La factura de venta No. 52464340, con pago oportuno el 20 de agosto de 2019.

b) Por el valor correspondiente a los intereses moratorios, sobre la deuda capital, causados desde el 21 de agosto de 2019, hasta que se haga efectivo el pago total de la obligación a una tasa Equivalente al máximo legal permitido y certificado por la Superintendencia Financiera, conforme se estipula en la factura de venta No. 52464340, correspondiente a la cuenta de servicio de energía No. 129214355.

SEGUNDA: Simultáneamente con el mandamiento de pago, decrétese el embargo y retención de los dineros que tenga la señora **RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No 36305411, en cuentas corrientes y de ahorros que posea en el Banco Agrario de Colombia, Caja Social BCSC, Davivienda, Bancolombia, Colpatria, BBVA, Occidente, Banco De Bogotá, AV Villas, Popular, Cooperativa De Ahorro y Crédito Coonfie, Cooperativa De Ahorro Crédito Coofisan de Neiva Huila.

TERCERA: Que se condene en costas y gastos del proceso a la parte demandada.

CUARTA: Que se me reconozca personería jurídica para actuar en los términos del poder a mi conferido.

HECHOS

I

La señora RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ, en calidad de usuaria de la electrificadora del Huila S.A.E.S.P., se le suministra el servicio de energía en el sitio ubicado en el Lote 234 del Barrio Villa Colombia de Neiva Huila, para lo cual aceptó que se le emitiera la factura de Venta, relacionando los

17

2

valores adeudados por concepto de consumo de energía eléctrica, factura de venta que fue entregada al usuario en la dirección aportada.

II

La factura de venta No 52464340, fue emitida el 22 de agosto de 2019 por la suma a pagar a la electrificadora del Huila S.A.E.S.P., de **TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS MLCTE ($3.304.260),** correspondiente a la cuenta No 129214355, registrada a Nombre de la señora RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ, y la cual se encuentra vigente a la fecha de la presentación de esta demanda.

III

La factura de venta No 52464340, producto de la cuenta No. 129214355, se encuentra vencida desde el día 20 de agosto de 2019.

IV

La demandada ha incumplido en el pago de la deuda, incurriendo en mora sobre las obligaciones adquiridas, a pesar de los requerimientos hechos por parte de la electrificadora, a la fecha de presentación de esta demanda la deudora no ha pagado el capital, ni los intereses remuneratorios, ni los valores por conceptos relacionados en los hechos anteriores de la presente demanda, ni los intereses de mora causados.

V

Los plazos para cancelar las obligaciones se encuentran vencidos, por cuanto la deudora ha incumplido en el pago del capital y de los intereses, por lo tanto es procedente el cobro de las obligaciones desde que se hizo exigible hasta que se efectúe el pago total de la misma.

VI

La factura de venta objeto de la presente demanda contiene una obligación expresa, clara y actualmente exigible a cargo de la deudora, razón por la cual de conformidad con lo dispuesto en el artículo 422 del Código General del Proceso presta mérito ejecutivo.

VII

El contrato con el usuario se determinó conforme se estipula en los artículos 128, 129 y 130 de la ley 142 de 1994, y bajo estas condiciones la electrificadora del Huila ha prestado de manera continua el servicio de energía al demandado.

VIII

La factura reúne los requisitos estipulados por el articulo 148 de la ley 142 de 1994, los artículos 772 y ss del Código del Comercio y sobre la misma no existe reclamación alguna al tenor del articulo 773 del Co.Co., por lo tanto se entiende aceptada por el usuario.

IX

La Electrificadora del Huila S.A. E.S.P., me ha conferido poder para actuar en su representación, el cual he aceptado, por lo que solicito se me reconozca personería jurídica para actuar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento en derecho la presente demanda, en los artículos 619, 620, 621, 772, 773, 774 y 884 del código de Comercio, Art. 422 del Código General del Proceso, 148 de la ley 142 de 1994 y demás normas concordante o complementario.

COMPETENCIA Y CUANTIA

Es Usted competente Señor Juez, por el domicilio del demandado y por la cuantía, la cual considero es de mínima, y la estimo en suma superior a **TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS MLCTE ($3.304.260).**

PROCEDIMIENTO

Por tratarse de un proceso ejecutivo de mínima cuantía, se le debe dar el trámite contenido en el Título XXVII, Capitulo I. del Código General del Proceso, y demás normas concordantes y complementarias.

MEDIDAS CAUTELARES

Simultáneamente con el mandamiento de pago, decrétese el embargo y retención de los dineros que tenga la señora RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ, identificada con la cédula de ciudadanía No 36305411 en cuentas corrientes y de ahorros que posea en los Banco Agrario de Colombia, Caja Social BCSC, Davivienda, Bancolombia, Occidente, Colpatria, Av Villas, Bogotá, Popular, Cooperativa De Ahorro y Crédito Coonfie, Cooperativa De Ahorro Crédito Coofisan de Neiva Huila, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 599 del Código General del Proceso.

PRUEBAS

Para que sean tenidas como tales, presento las siguientes:

1. Poder debidamente conferido.
2. Original de la factura de venta No 52464340.
3. Certificado de existencia y representación de la entidad expedido por la cámara de comercio de Neiva.

ANEXOS

Me permito anexar los documentos aducidos en el acápite de pruebas, copia de la demanda para el archivo, copia de la demanda y sus anexos para el traslado, y documento contentivo de medidas cautelares.

AUTORIZACION

De igual manera me permito manifestar que autorizo a JULIANA BOLAÑOS SALCEDO, identificada con la C.C. No. 1003813959, para que solicite información, solicite y retire copias, retire demandas, retire oficios, presente documentos y demás.

NOTIFICACIONES

EL DEMANDANTE: La **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.E.S.P.**, recibirá notificaciones en el Km 1 Vía a Palermo; edificio Promisión, PBX 8664600, Neiva-Huila.

LA DEMANDADA: La señora RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ, recibirá notificaciones en el Lote 234 del Barrio Villa Colombia de Neiva Huila.

Dirección electrónica:

Parte demandante: **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.E.S.P. www.electrohuila.com.co.**

Parte demandada: Se desconoce si la señora RUBY YENSIN VALENCIA GONZALEZ, cuente con algún correo electrónico donde se le pueda notificar, por cuanto al momento de suscribir el respectivo pagaré no suministró ninguno.

Apoderado parte demandante: Mi correo electrónico donde se me puede notificar es: sondicolsas@gmail.com

Las personales las recibiré en la secretaría de su despacho, o en mi oficina ubicada en la Calle 9 No. 3-50 Centro Comercial Megacentro Oficina 210 de Neiva.

Atentamente;

DIANA MARGARITA MORALES CORTES
CC. No 36068553 de Campoalegre Huila
T.P. No 176.632 del C. S. de la J.

09 SEP 2019

Despacho /2 folio

25

SEÑOR
JUEZ SÉPTIMO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE NEIVA
E.S.D

==========
==

REFERENCIA: **DEMANDA EJECUTIVA SINGULAR**

DEMANDANTE: **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A E.S.P**
NIT. 891.180.00-1

DEMANDADO: **RUBY YESIN VALENCIA GONZÁLES**
C.C 36.305.411

DIRECCION SECCIONAL DE LA RAMA JUDICIAL
No Radicacion :OJRE254299 No.Anexos 0
Fecha :27/09/2019 Hora 15:34:18
Dependencia : Juzgado 7 Competencias Multiple
DESCRIP: MOA 04 FOL + 01 CD RAD 2019-
CLASE : RECIBIDA

RADICADO: **2019-788**

==========
==

DIANA MARGARITA MORALES CORTES, mayor y vecina de la ciudad de Neiva (H), identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.088.553 de Campoalegre (H), abogada en ejercicio, con tarjeta profesional No. 176.632 del C.S de la J, actuando con plenas facultades en calidad de apoderado judicial de la **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.E.S.P.**, con el fin de subsanar la **DEMANDA EJECUTIVA SINGULAR** en los siguientes términos:

De acuerdo con lo ordenado por el señor Juez mediante auto del 19 de septiembre del 2019, notificado por estado el día 20 de septiembre del 2019, el cual inadmite la demanda de la referencia, me permito realizar las siguientes aclaraciones:

Es cierto que en la primera pretensión se pretende que se libre mandamiento de pago en contra de la señora **RUBY YESIN VALENCIA GONZÁLES** a favor de la **ELECTRIFICADORA DEL HUILA S.A.E.S.P.**, por las siguientes sumas de dinero inmersas en la **FACTURA DE VENTA No. 52464340**, cuya fecha de emisión es el día 22 de agosto de 2019, correspondiente a la cuenta de servicio de energía **No. 129214355** por un **VALOR TOTAL** de **TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS MLCTE ($3.304.260)** con pago oportuno de 20 agosto de 2019, individualizados de la siguiente manera:

a) Por la suma de **DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS MLCTE ($2.358.943)** por el valor de la **DEUDA CAPITAL.**

b) Por el valor correspondiente a los **INTERESES MORATORIOS** causados **SOBRE** el valor de la **DEUDA CAPITAL** por la suma correspondiente

de **DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS MLCTE ($2.358.943)** originados desde el día 21 de agosto de 2019 hasta que se haga efectivo el pago total de la obligación correspondiente a una tasa equivalente al máximo legal permitido y certificado por la Superintendencia Financiera, valor conforme se estipula en la factura de venta No. 52464340, correspondiente a la cuenta de servicio público No. 129214355.

c) Por la suma de **NOVECIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS MLCTE ($912.213)** correspondiente a la **DEUDA INTERÉS CAPITAL**.

Dicho así se individualizan cada una de las sumas pretendidas a favor de la entidad con el fin de aclarar en debida forma las pretensiones de la demanda.

Conforme a lo anteriormente expresado y atendiendo a lo requerido por el juzgado me permito solicitar se admita la demanda y se libre mandamiento de pago.

Anexo copia para el archivo y el traslado.

Atentamente,

DIANA MARGARITA MORALES CORTES
C.C 36.088.553 de Campoalegre – Huila
T.P No. 176.632 del C.S de la J

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva Huila - Mayo veintiuno (21) de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CAJA COOPERATIVA PETROLERA COOPETROL
DEMANDADO	JAIME CORREA LUNA
RADICADO	**41001 4189 007 2019 00803 00**

Conforme a lo peticionado por el Juzgado Sexto de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva a través del **Oficio No. 705 del 02 de Marzo del 2020** librado dentro del proceso radicado al **No. 2019-00923** y una vez revisado el expediente, se evidencia que no se han hecho efectivas las medidas cautelares decretadas dentro del presente proceso, sobre el cual se solicita el embargo de REMANENTE; por lo tanto, al no existir bienes embargados, no es posible tomar nota de la petición.

En igual sentido se le debe oficiar al Juzgado Tercero de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, quien igualmente solicitó embargo de Remanente a través del **Oficio No. 535 del 10 de Marzo del 2021** librado dentro del proceso radicado al **No. 2019-00605.**

Por secretaría procédase a librar los oficios correspondientes.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

RADICADO	**41.001.41.89.007.2019-00844.00**
PROCESO	EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA
DEMANDANTE(S)	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA.
DEMANDADO(S)	ANDRES MAURICIO DOMINGUÉZ MEZA.
ACTUACIÓN:	AUTO DEL ART. 440 DEL C.G.P
FECHA	**27 de mayo de 2021.**

ASUNTO:

Mediante proveído calendado 07 de octubre de 2019 (Fl. 28 a 34. Cd. 1-digital.), éste Despacho libró mandamiento de pago por la vía Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía, a favor de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA** y en contra de **ANDRES MAURICIO DOMINGUÉZ MEZA,** por la suma de dinero rogada, con base en un (1) pagaré Nro. GF1-120910; documentos que al tenor cumple con las formalidades exigidas por los artículos 621 y 709 el C. de Comercio, constituyendo una obligación clara, expresa y actualmente exigible de pagar, de conformidad con el artículo 422 del C. General del Proceso.

Ante la imposibilidad de notificar personalmente a los demandados **ANDRES MAURICIO DOMINGUÉZ MEZA con C.C. 1.140.825.050** del auto de mandamiento de pago, esta se surtió, en la forma prevista en el Artículo 292 del Código General del Proceso, dejando vencer en silencio los términos para retirar los traslados, excepcionar y pagar según constancia secretarial vista a folio(s) 55 del cuaderno uno digital; por lo que el proceso pasó al Despacho para dar aplicación al artículo 440 del Código General del Proceso.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO: Ordenar seguir adelante la presente ejecución, tal como se dispuso en el mandamiento de pago alusivo en esta providencia.

SEGUNDO: Disponer el avalúo y remate de los bienes embargados o de los que se llegaren a embargar con posterioridad a este proceso.

TERCERO: Condenar en costas al extremo ejecutado.

CUARTO: Fijar como agencias en derecho la suma de ***$200.000.oo. M/CTE***, de conformidad con el numeral 4º del Artículo 366 del Código General del Proceso, en concordancia con el acuerdo Nro. PSAA16-10554 del 2016 del Consejo Superior de la Judicatura.

QUINTO: Practicar la liquidación del crédito y las costas con fundamento en los Artículos 366 y 446 ídem.

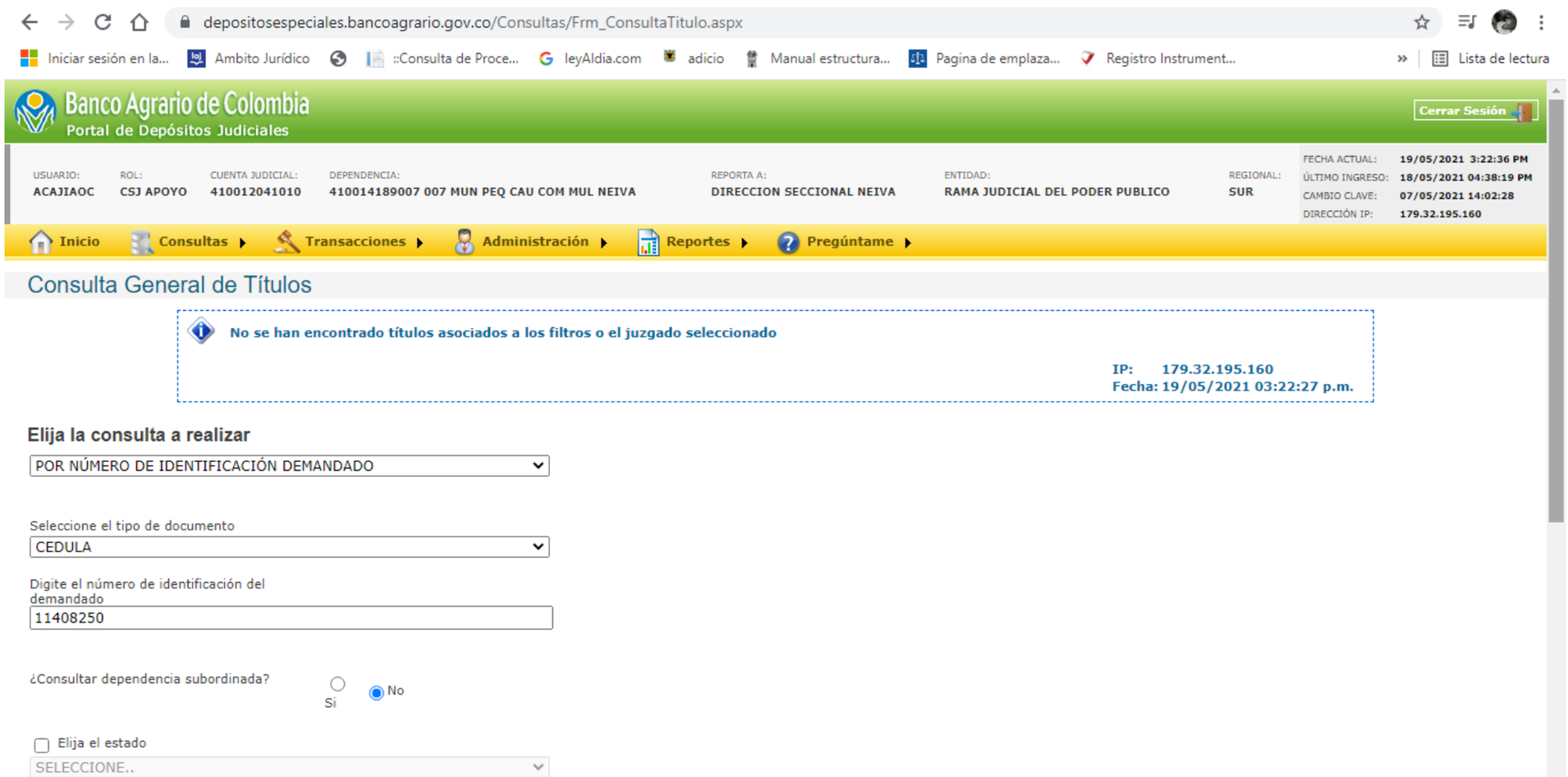
SEXTO: Requerir a la parte actora para que presente la liquidación del crédito, dentro del término de treinta días siguientes a la notificación del presente proveído, so pena de dar por terminado el presente proceso por desistimiento tácito, tal y como como lo ordena el artículo 317 del CGP.

SEXTO: Informar a la parte actora, que dentro del presente asunto no hay depósitos judiciales disponibles o descontados al demandado.

NOTIFÍQUESE,

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez.


depositosespeciales.bancoagrario.gov.co/Consultas/Frm_ConsultaTitulo.aspx
Iniciar sesión en la...
Ambito Jurídico
::Consulta de Proce...
leyAldia.com
adicio
Manual estructura...
Pagina de emplaza...
Registro Instrument...
Lista de lectura
Banco Agrario de Colombia
Portal de Depósitos Judiciales
Cerrar Sesión
USUARIO: ACAJIAOC
ROL: CSJ APOYO
CUENTA JUDICIAL: 410012041010
DEPENDENCIA: 410014189007 007 MUN PEQ CAU COM MUL NEIVA
REPORTA A: DIRECCION SECCIONAL NEIVA
ENTIDAD: RAMA JUDICIAL DEL PODER PUBLICO
REGIONAL: SUR
FECHA ACTUAL: 19/05/2021 3:22:36 PM
ÚLTIMO INGRESO: 18/05/2021 04:38:19 PM
CAMBIO CLAVE: 07/05/2021 14:02:28
DIRECCIÓN IP: 179.32.195.160
Inicio
Consultas
Transacciones
Administración
Reportes
Pregúntame
Consulta General de Títulos
No se han encontrado títulos asociados a los filtros o el juzgado seleccionado
IP: 179.32.195.160
Fecha: 19/05/2021 03:22:27 p.m.
Elija la consulta a realizar
POR NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEMANDADO
Seleccione el tipo de documento
CEDULA
Digite el número de identificación del demandado
11408250
¿Consultar dependencia subordinada?
Si
No
Elija el estado
SELECCIONE..

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	ESPECIAL RESTITUCION INMUEBLE ARRENDADO
DEMANDANTE	GUILLERMO ALFONSO BURITICA ROCHA
DEMANDADO	JESSICA MARCELA PEÑA BERMEO y ELVIRA PALOMINO MENDEZ.
RADICADO	**41001 4189 007 2019 00867 00**

ASUNTO:

Teniendo en cuenta la solicitud de medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 1° y 9° del C.G.P., se accederá a la misma.

En mérito de lo expuesto, este despacho judicial, **DISPONE:**

1-DECRETAR el embargo y retención de la quinta (5ª) parte que exceda el salario mínimo legal sobre los salarios, honorarios, viáticos, gastos de representación o cualquier suma de dinero que perciba la demandada, **JESSICA MARCELA PEÑA BERMEO** con C.C. 1.075.263.112, en virtud a su vinculación con en BANCO BBVA de esta ciudad.

Ofíciese a las citadas entidades, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS ($28.000.000. oo M/Cte)**.

2- **REQUERIR** a la parte interesada para que dé cumplimiento al Acuerdo 806 del 2020 en su núm. 11°; en el sentido de indicar el correo electrónico de la entidad a donde se deben dirigir el oficio de medida cautelar.

3- **DECRETAR** el embargo posterior secuestro del establecimiento de comercio inscrito en la cámara de comercio de Neiva- Huila, con numero de matrícula 350937, con nombre FITNESS PLANET, a nombre de ELVIRA PALOMINO MENDEZ identificada con C.C. No. 26.501.113.

- Ofíciese a la respectiva entidad para que tome nota de la medida si a ello hubiere lugar y comunique al despacho lo pertinente.

4- En lo relacionado con el requerimiento al pagador de la Secretaria De Educación Departamental del Huila se le pone de presente al abogado que la entidad ya emitió respuesta y la respectiva notación se encuentra registrada en el Software de Gestión Siglo XXI.

NOTIFÍQUESE,



ROSALBA AYA BONILLA
Juez

Dom

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCOMPARTIR S.A.
DEMANDADO	MARLENY ROJAS GONGORA, LEARSY FABIAN MURCIA NARVAEZ Y ARNULFO CASILIMA MANRIQUE
RADICADO	**410014189 007 2019 00897 00**

En atención a la solicitud del señor apoderado de la parte actora sobre el pronunciamiento acerca de las medidas cautelares peticionadas desde el 16 de Septiembre del 2020, se le requiere para que allegue nuevamente al despacho copia de dicha solicitud, toda vez que al revisar los documentos que obran en el expediente digital, no se encontró el respectivo documento.

NOTIFÍQUESE.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva Huila

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COOPERATICA UTRAHUILCA
DEMANDADO	FRANCISCO CARDOZO PEREZ
RADICADO	**41001 4189 007 2019 01131 00**

Teniendo en cuenta que el abogado designado para representar al demandado manifestó que no acepta la curaduría en virtud a que tiene mas de cinco curadurías gratuitas, es del caso proceder a designar un nuevo Curador Ad-Litem, a fin de que ejerza la representación del demandado.

Así las cosas, el Juzgado DISPONE:

1°.- DESIGNAR a la profesional del Derecho, doctora **CESAR GRANADOS CALDERON** con C.C. No. 91.519.146 y T. P. No. 229.649 del C. S. J., quien recibe notificaciones en el email: AbogadoCesarGranados@Gmail.com en el cargo de Curador Ad-Litem, a fin de que ejerza la representación del demandado FRANCISCO CARDOZO PEREZ.

2°.- Para el efecto, remítase en medio digital copia de la demanda, de conformidad con lo previsto en el artículo 8° del Decreto 206 de 2020.

Notifíquese,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CLAUDIA LILIANA CASTRO VARGAS
DEMANDADO	EDWIN FERNEY MUÑOZ RODRIGUEZ
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00045 00**

ASUNTO:

Conforme a lo peticionado por la Secretaria de Movilidad de Neiva se ordena oficiarles aclarando lo relacionado con el radicado del proceso.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email. cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COLEGIO RAFAEL POMBO
DEMANDADO	ALIRIO TOVAR CAPERA.
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00053 00**

Conforme a lo peticionado por la apoderada de la parte demandante y al ser procedente, se accederá al Retiro de la presente demanda, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 92[1] del C. General del Proceso.

En consecuencia, el Juzgado Dispone:

PRIMERO.- ACCEDER al retiro de la presente demanda Ejecutiva singular de Mínima Cuantía instaurada mediante apoderado judicial por EL COLEGIO RAFAEL POMBO contra ALIRIO TOVAR CAPERA.

SEGUNDO.- ORDENAR la devolución de la misma a la parte interesada sin necesidad de desglose. Para tal fin, se señala el próximo diez (10) del mes de Junio del presente año, para que a las 9:00 A.M, haga presencia en esta sede judicial la señorita VIVIANA ALEXANDRA CASTILLO RAMÓN identificada con cedula de ciudadanía número 1077858547 de Garzón -Huila, debidamente autorizada por la apoderada ejecutante, a recibir la demanda y anexos, quien será atendida por el personal que se encuentre de turno de atención al público en la hora señalada, por tanto, se advierte que dicha fecha y hora se torna inmodificable e impostergable, precisamente por la emergencia sanitaria que actualmente se afronta con motivo de la pandemia del COVID -19.

[1] **Artículo 92. Retiro de la demanda.** El demandante podrá retirar la demanda mientras no se haya notificado a ninguno de los demandados. Si hubiere medidas cautelares practicadas, será necesario auto que autorice el retiro, en el cual se ordenará el levantamiento de aquéllas y se condenará al demandante al pago de perjuicios, salvo acuerdo de las partes.

TERCERO: DISPONER que para dar cumplimiento al numeral que precede, de libre el respectivo oficio **al DR. HERMES TOVAR CUELLAR** en su calidad de Coordinador Administrativo de la **DIRECCION EJECUTIVA SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL-DESAJ-,** a través del correo institucional htovarc@cendoj.ramajudicial.gov.co, con el fin de que imparta las instrucciones correspondientes para hacer viable y posible el acceso del citado apoderado en la fecha ya señalada y únicamente para el fin antes indicado.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	JS INVERSIONES Y NEGOCIOS S.A.S.
DEMANDADO	JOSE YIMI GONZALEZ Y JUAN PABLO HOYOS ROJAS.
RADICADO	**410014189 007 2020 00060 00**

Conforme a lo solicitado por el apoderado de la parte ejecutante Dr. Armando Rojas Gonzales en el escrito y anexos que preceden, y de conformidad con lo dispuesto en el art. 76 del C. General del Proceso, el Juzgado aceptará su renuncia.

De otra parte, como se allega nuevo poder otorgado por el Representante Legal de la entidad ejecutante a favor de la abogada **TAI-LIN IBAÑEZ VARGAS**, el despacho procederá a reconocerle personería para que actúe en representación de dicha entidad.

Por lo expuesto, el Juzgado…

R E S U E L V E:

1.- ACEPTAR la renuncia al poder que hace el doctor Armando Rojas González respecto del poder que le efectuara la parte actora, de conformidad con lo dispuesto en el art. 76 del C. General del Proceso.

2.- RECONOCER personería a la abogada **TAI-LIN IBAÑEZ VARGAS** con C.C. 1.010.241.806 y T. P. No. 25565 del C. S. J., para que actúa en representación judicial de la parte ejecutante en los términos del poder otorgado.

NOTIFÍQUESE. -

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

RADICADO	41-001-41-89-007-**2020-00071**-00
PROCESO	EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA.
DEMANDANTE(S)	CARLOS PEÑA PINO.
DEMANDADO(S)	DILBERTO RUJILLO DUSSAN Y ARNULFO TRUJILLO DUSSAN.
FECHA	**27 de mayo de 2021.**

ASUNTO:

Dentro de la oportunidad legal, procede el despacho a definir si la liquidación del crédito presentada por la parte demandante[1], en contraste con aquella realizada por la Contadora de la Rama Judicial, resulta ser objeto de aprobación o modificación, de conformidad con el artículo 446 numeral 3º del Código de General del Proceso, perspectiva donde se observa que el actor presenta una liquidación con una tasa de interes mensual superiores a la certificada por la Superintendencia Financiera; razón suficiente para ésta Agencia Judicial procederá de oficio a modificar la liquidación del crédito, la cual se concreta en la suma real de ***$9.039.203.oo. MCTE***., a cargo de la parte demandada.

En cuanto a la liquidación de costas elaborada por la secretaría de esta judicatura, y como quiera que transcurriera en silencio el término de traslado, el Despacho obrando conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso, habrá de impartir su APROBACIÓN

De otro lado, en lo atinente a la solicitud que realiza el abogado demandante sobre pago de los depósitos judiciales existentes (Fl. 21 y 22. Cd. 1-digital), procede ésta Dependencia judicial, a ordenar la entrega de los mismos, una vez quede en firme el presente proveído, tal y como lo ordena el artículo 461 del CGP. Igualmente, se insta a la parte actora para que se dirija directamente al Banco Agrario de Colombia S.A., para que retire dichos depósitos judiciales.

Así las cosas, el Juzgado, **Dispone:**

PRIMERO.- NO APROBAR la liquidación del crédito presentada por la parte demandante vista a folio 84 a 90 del cuaderno uno digital, por las razones anotadas en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO.- MODIFICAR la liquidación del crédito presentada por el extremo demandante, la cual queda tasada en la suma total de ***$9.039.203.oo. MCTE,*** a cargo de la parte demandada.

TERCERO.- APROBAR la liquidación de costas elaborada por secretaria, conforme a lo previsto en los artículos 366 y 446 del Código General del Proceso.

CUARTO.- ORDENAR la entrega de los depósitos judiciales al apoderado de la parte demandante, una vez quede en firme el presente proveído, tal y como lo ordena el artículo 461 del CGP. Igualmente, se insta a la parte actora para que se dirija directamente al Banco Agrario de Colombia S.A., para que retire dichos depósitos judiciales.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
JUEZ.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

(Acuerdo PCSJA19-11212 del 12 de febrero de 2019)

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

Prosperidad para todos

DATOS DEL DEMANDADO

Tipo Identificación CEDULA DE CIUDADANIA **Número Identificación** 7685013 **Nombre** DILBERTO TRUJILLO DUSSAN

Número de Títulos 14

Número del Título	Documento Demandante	Nombre	Estado	Fecha Constitución	Fecha de Pago	Valor
439050000999385	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	03/04/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001002623	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	12/05/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001005426	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	10/06/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001008857	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	16/07/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001011249	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	13/08/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001014255	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	16/09/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001017210	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	20/10/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001019493	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	11/11/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001022517	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	11/12/2020	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001025118	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	06/01/2021	NO APLICA	$ 2.045.839,00
439050001028208	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	15/02/2021	NO APLICA	$ 2.039.695,00
439050001029988	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	02/03/2021	NO APLICA	$ 2.039.695,00
439050001033641	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	13/04/2021	NO APLICA	$ 2.039.695,00
439050001036727	4934603	CARLOS PENA PINO	IMPRESO ENTREGADO	11/05/2021	NO APLICA	$ 2.039.695,00

Total Valor $ 28.617.170,00

H

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO POPULAR S.A.
DEMANDADO	SOLEINE TOVAR SAAVEDRA
RADICADO	41001 4189 007 2020 00180 00

ASUNTO:

El **BANCO POPULAR S.A.,** actuando por conducto de apoderado judicial, instauró demanda Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía contra la señora **SELEINE TOVAR SAAVEDRA**, para obtener el pago de las sumas de dinero ordenadas en el auto de mandamiento de pago fechado el 27 de Febrero de 2020, con fundamento en el Pagaré No. 39003070020843, el cual cumple con las formalidades exigidas por los artículos 621 y 709 del C. de Comercio, constituyendo una obligación clara, expresa y actualmente exigible de pagar, de conformidad con el artículo 422 del C. General del Proceso.

La demandada **SELEINE TOVAR SAAVEDRA** identificada con la C.C. 26.512.560, se notificó por Conducta Concluyente el pasado 26 de Abril del año en curso; aunado a lo anterior, se precisa que la citada demandada no dio contestación a la demanda según se infiere de la constancia secretarial que antecede; por lo que encontrándose vencido el término para presentar oposición o proponer excepciones, y efectuado control de legalidad a la actuación, sin observarse causal alguna que pudiere invalidar lo actuado, es del caso dar aplicación a lo establecido por el artículo 440 del C. G. del Proceso.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva…,

RESUELVE:

1°.- **ORDENAR** seguir adelante la ejecución contra la señora **SELEINE TOVAR SAAVEDRA** identificada con la C.C. 26.512.560, tal como se dispuso mediante providencia mandamiento de pago y acorde con lo expuesto en la presente providencia.

2°.- **ORDENAR** el avalúo y remate de los bienes embargados o de los que se llegaren a embargar con posterioridad a este proceso.

3°.- **PRACTICAR** la liquidación del crédito conforme al artículo 446 de C. G. del Proceso.

4°.- <u>CONDENAR</u> en costas a la parte ejecutada, **FIJÁNDOSE** las agencias en derecho en la suma de ***$1.000.000. M/CTE.***; de conformidad con el artículo 365 del C. G. del proceso.

5°.- INDICAR a las partes, que revisada la página del Banco Agrario de Colombia, se pudo establecer que hasta la fecha no existen títulos allegados al expediente.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE,



ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	UTRAHUILCA
DEMANDADO	ANDRES FELIPE URRIAGO ALBARRACIN
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00189 00**

ASUNTO:

Teniendo en cuenta la solicitud de medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos de los artículos 593 num. 1° del C.G.P., se accederá a la misma.

En mérito de lo expuesto, este despacho judicial, **DISPONE:**

1-DECRETAR el embargo y retención de la quinta (5ª) parte que exceda el salario mínimo legal sobre los salarios, honorarios, viáticos, gastos de representación o cualquier suma de dinero que perciba el demandado, **FELIPE ANDRES URRIAGO** con C.C. 1.075.220.251, derivados de los contratos laboral, prestación de servicios u otros con PROAAD-SALUD para que ponga a disposición del despacho los dineros que correspondan.

2- **REQUERIR** a la parte interesada para que dé cumplimiento al Acuerdo 806 del 2020 en su núm. 11°; en el sentido de indicar el correo electrónico de la entidad a donde se deben dirigir el oficio de medida cautelar.

Ofíciese a las citadas entidades, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($3.500.000. oo M/Cte)**.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DO

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email. cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

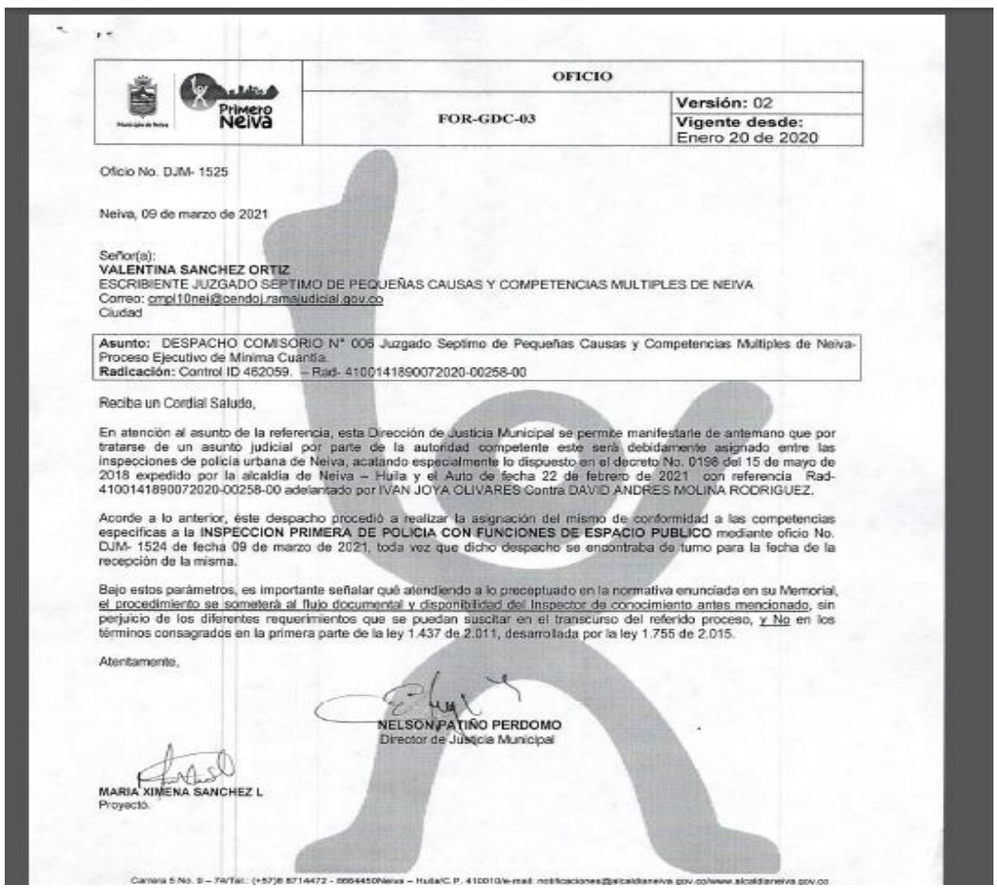
Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	IVAN JOYA OLIVARES
DEMANDADO	DAVID ANDRES MOLINA RORIGUEZ
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00258 00**

Teniendo en cuenta el memorial electrónico allegado el 19 de mayo de 2021 por el apoderado de la parte ejecutada, **PÓNGASE** en su conocimiento pantallazo del memorial allegado al proceso el 11 de mayo de 2021, por medio del cual la Alcaldía Municipal reparte y asigna la comisión decretada.



Primero Neiva	OFICIO	
	FOR-GDC-03	**Versión:** 02 **Vigente desde:** Enero 20 de 2020

Oficio No. DJM- 1525

Neiva, 09 de marzo de 2021

Señor(a):
VALENTINA SANCHEZ ORTIZ
ESCRIBIENTE JUZGADO SEPTIMO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA
Correo: cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co
Ciudad

Asunto: DESPACHO COMISORIO N° 006 Juzgado Septimo de Pequeñas Causas y Competencias Multiples de Neiva-Proceso Ejecutivo de Minima Cuantia.
Radicación: Control ID 462059. – Rad- 41001418900720200-00258-00

Reciba un Cordial Saludo,

En atención al asunto de la referencia, esta Dirección de Justicia Municipal se permite manifestarle de antemano que por tratarse de un asunto judicial por parte de la autoridad competente este será debidamente asignado entre las inspecciones de policía urbana de Neiva, acatando especialmente lo dispuesto en el decreto No. 0198 del 15 de mayo de 2018 expedido por la alcaldía de Neiva – Huila y el Auto de fecha 22 de febrero de 2021 con referencia Rad-41001418900720200-00258-00 adelantado por IVAN JOYA OLIVARES Contra DAVID ANDRES MOLINA RODRIGUEZ.

Acorde a lo anterior, éste despacho procedió a realizar la asignación del mismo de conformidad a las competencias específicas a la **INSPECCION PRIMERA DE POLICIA CON FUNCIONES DE ESPACIO PUBLICO** mediante oficio No. DJM- 1524 de fecha 09 de marzo de 2021, toda vez que dicho despacho se encontraba de turno para la fecha de la recepción de la misma.

Bajo estos parámetros, es importante señalar que atendiendo a lo preceptuado en la normativa enunciada en su Memorial, el procedimiento se someterá al flujo documental y disponibilidad del Inspector de conocimiento antes mencionado, sin perjuicio de los diferentes requerimientos que se puedan suscitar en el transcurso del referido proceso, y No en los términos consagrados en la primera parte de la ley 1.437 de 2.011, desarrollada por la ley 1.755 de 2.015.

Atentamente,

NELSON PATIÑO PERDOMO
Director de Justicia Municipal

MARIA XIMENA SANCHEZ L
Proyectó.

Carrera 5 No. 9 – 74/Tel.: (+57)8 8714472 - 8664450Neiva – Huila/C.P. 410010/e-mail: notificaciones@alcaldianeiva.gov.co/www.alcaldianeiva.gov.co

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

RADICADO	**41.001.41.89.007.2020-00327.00**
PROCESO	EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA
DEMANDANTE(S)	BANCO COOPERATIVO COOPCENTRAL.
DEMANDADO(S)	ARMANDO RAMIREZ VANEGAS.
ACTUACIÓN:	AUTO DEL ART. 440 DEL C.G.P
FECHA	**27 de mayo de 2021.**

ASUNTO:

Mediante proveído calendado 27 de julio de 2020 (Fl. 35 a 36. Cd. 1-digital.), éste Despacho libró mandamiento de pago por la vía Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía, a favor de la **BANCO COOPERATIVO COOPCENTRAL** y en contra de **ARMANDO RAMIREZ VANEGAS,** por la suma de dinero rogada, con base en un (1) pagaré Nro. 882300357960; documentos que al tenor cumple con las formalidades exigidas por los artículos 621 y 709 el C. de Comercio, constituyendo una obligación clara, expresa y actualmente exigible de pagar, de conformidad con el artículo 422 del C. General del Proceso.

Ante la imposibilidad de notificar personalmente a los demandados **ARMANDO RAMIREZ VANEGAS con C.C. 12.187.951** del auto de mandamiento de pago, esta se surtió, en la forma prevista en el Artículo 292 del Código General del Proceso, dejando vencer en silencio los términos para retirar los traslados, excepcionar y pagar según constancia secretarial vista a folio(s) 50 del cuaderno uno digital; por lo que el proceso pasó al Despacho para dar aplicación al artículo 440 del Código General del Proceso.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO: Ordenar seguir adelante la presente ejecución, tal como se dispuso en el mandamiento de pago alusivo en esta providencia.

SEGUNDO: Disponer el avalúo y remate de los bienes embargados o de los que se llegaren a embargar con posterioridad a este proceso.

TERCERO: Condenar en costas al extremo ejecutado.

CUARTO: Fijar como agencias en derecho la suma de ***$160.000.oo. M/CTE***, de conformidad con el numeral 4º del Artículo 366 del Código General del Proceso, en concordancia con el acuerdo Nro. PSAA16-10554 del 2016 del Consejo Superior de la Judicatura.

QUINTO: Practicar la liquidación del crédito y las costas con fundamento en los Artículos 366 y 446 ídem.

SEXTO: Requerir a la parte actora para que presente la liquidación del crédito, dentro del término de treinta días siguientes a la notificación del presente proveído, so pena de dar por terminado el presente proceso por desistimiento tácito, tal y como como lo ordena el artículo 317 del CGP.

SEXTO: Informar a la parte actora, que dentro del presente asunto hay depósitos judiciales disponibles o descontados al demandado, tal y como se observa en el pantallazo aquí adjunto.

NOTIFÍQUESE,

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez.

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

Prosperidad para todos

DATOS DEL DEMANDADO

Tipo Identificación CEDULA DE CIUDADANIA **Número Identificación** 12187951 **Nombre** ARMANDO RAMIREZ VANEGAS

Número de Títulos 8

Número del Título	Documento Demandante	Nombre	Estado	Fecha Constitución	Fecha de Pago	Valor
439050001015237	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	28/09/2020	NO APLICA	$ 302.039,00
439050001018761	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	04/11/2020	NO APLICA	$ 738.933,00
439050001020394	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	26/11/2020	NO APLICA	$ 21.478,00
439050001024643	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	30/12/2020	NO APLICA	$ 302.039,00
439050001026770	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	29/01/2021	NO APLICA	$ 319.695,00
439050001029741	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	26/02/2021	NO APLICA	$ 319.695,00
439050001032346	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	29/03/2021	NO APLICA	$ 319.695,00
439050001035295	8902030889	BANCO COOPCENTRAL BANCO COOPCENTRAL	IMPRESO ENTREGADO	29/04/2021	NO APLICA	$ 319.695,00

Total Valor $ 2.643.269,00

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	STEVEN SALAZAR RAMIREZ
DEMANDADO	YENNY PATRICIA SANCHEZ GUTIERREZ
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00333 00**

Teniendo en cuenta que el emplazamiento efectuado dentro del presente asunto se surtió en legal forma, sin que a la fecha hubiese comparecido la parte demandada a recibir notificación personal del auto Mandamiento de Pago, se procederá a designarle Curador Ad-Litem, a fin de que ejerza su representación.

Así las cosas, el Juzgado DISPONE:

1°.- DESIGNAR a la profesional del Derecho CARMEN DEL PILAR MORALES ROJAS con C.C. No. 52.431.545 y T. P. No. 345.568 del C. S. J., quien recibe notificaciones en la Calle 9 No. 4-19 Of. 412 Centro Comercial Las Américas, móvil No.3015982501, email: pilarm2000@hotmail.com en el cargo de Curador Ad-Litem, a fin de que ejerza la representación de la demandada YENNY PATRICIA SANCHEZ GUTIERREZ.

2°.- Para el efecto, remítase en medio digital copia de la demanda, de conformidad con lo previsto en el artículo 8° del Decreto 206 de 2020.

Notifíquese,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	STEVEN SALAZAR RAMIREZ
DEMANDADO	HECTOR ANDRES TOVAR LLANOS
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00410 00**

Conforme a lo solicitado por la apoderada judicial de la parte ejecutante y en atención al marco de Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica, el Juzgado Dispone:

- ORDENAR el Emplazamiento de las demandadas **HECTOR ANDRES TOVAR LLANOS** con C.C. 1.003.812.859, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 108 del C. G. P[1]., en armonía con el art. 10 del Decreto 806 de 2020.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

[1] Decreto 806 Artículo 10. Emplazamiento para notificación personal. Los emplazamientos que deban realizarse en aplicación del artículo 108 del Código General del Proceso se harán únicamente en el registro nacional de personas emplazadas, sin necesidad de publicación en un medio escrito.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva-Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
DEMANDADO	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
RADICADO	**410014189 007 2020 00454 00**

ASUNTO

Encontrándose reunidos los requisitos establecidos en el art. 392 del Código General del Proceso y el Decreto Legislativo 806 del 2020, el Despacho dispone:

1. Señalar el próximo **25 de Junio** del presente año, a la hora de las **8:30 AM**, para llevar a cabo la audiencia Inicial, la cual se desarrollará en el siguiente orden del día:

a. Decisión sobre justificaciones presentadas antes de la celebración de la audiencia

b. Decisión de excepciones previas, si las hay pendientes

c. Audiencia de conciliación

d. Interrogatorio de las partes, OFICIOSO.

e. Fijación del litigio

f. Control de legalidad

g. Práctica de pruebas de las partes y las que de oficio se estimen necesarias decretar y practicar.

h. Alegatos

i. Sentencia

2.- DECRETAR las siguientes pruebas para ser practicadas en la audiencia:

2. 1.-Por la parte **DEMANDANTE:**

2.1.1.- DOCUMENTALES: Tener como prueba los documentos allegados con la demanda, los que se valorarán en su oportunidad siempre y cuando reúnan los requisitos de autenticidad validez (Facturas y cuentas de cobro).

2.2.- Por la parte **DEMANDADA :**

2.2.1.- **DOCUMENTALES:** Tener como prueba los documentos allegados con la contestación de la demanda, contenidos en un archivo electrónico correspondientes a ordenes de pago, transferencias, glosas, liquidaciones y guías de envíos entre otros.

2.3. Pruebas de **OFICIO**:

Se decreta el Interrogatorio tanto de la parte demandante CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA como de la parte demandada AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. por medio de sus Representantes Legales.

3.- ADVERTIR a las partes que deberán concurrir a la audiencia, personalmente o a través de su representante legal, debidamente informadas sobre los hechos materia del proceso.

4.- ADVERTIR a las partes que su inasistencia injustificada a la audiencia será tenida en cuenta como indicio grave y hará presumir ciertos los hechos susceptibles de prueba de confesión, sobre los cuales verse el interrogatorio escrito que haya aportado el peticionario del interrogatorio de parte, o los que estén contenidos en la demanda o en la contestación, según sea el caso (arts. 205 y 372-4 C.G.P.). Advertir a las partes y a los apoderados que no concurrir a la audiencia les acarrea las sanciones impuestas en el Art. 372-4, inciso 5 del C.G.P.

5.- ADVERTIR que la audiencia se llevará a cabo aunque no concurra UNA de las partes o sus apoderados. Si ninguna de las partes concurre la audiencia no se podrá llevar a cabo (Art. 372-2-4 C.G.P).

6.- ADVERTIR que la inasistencia de las partes, o de éstas y sus apoderados, sólo podrá excusarse con anterioridad a la audiencia, mediante **prueba** siquiera sumaria de un

hecho anterior a su celebración y que constituya una justa causa que deberá ser aceptada previamente por la juez (art. 372.3 C.G.P.).

7.- ADVERTIR a los apoderados que para efectos de asistir a la audiencia, el poder puede sustituirse siempre que no esté prohibido expresamente (art. 75 C.G.P.).

8.- ADVERTIR a las partes que en la audiencia inicial podrán decretarse y practicarse las pruebas que resulten posible, y en caso de que no se requiera de la práctica de otras pruebas, se escucharán los alegatos de las partes y se proferirá sentencia (art. 327 num. 7°. y 9°. C.G.P.).

09.- INDICAR a los extremos procesales que la plataforma a utilizar es **LIFESIZE** y previo a la diligencia el módulo les enviará al correo del despacho solicitante y los intervinientes (correos electrónicos aportados con la demanda y la contestación), el mensaje con los datos para la conexión.

10.- REQUERIR a las partes y a sus apoderados, para que informen el canal digital y/o aporten el correo electrónico para poder enviar el respectivo link de conectividad.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

DOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva Huila

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CLARA INES SOTO MORENO
DEMANDADO	ISABEL TORRES FAJARDO Y LEYDY JOHANA FOMEQUE TORRES
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00472 00**

Teniendo en cuenta que el emplazamiento efectuado dentro del presente asunto se surtió en legal forma, sin que a la fecha hubiese comparecido la parte demandada a recibir notificación personal del auto Mandamiento de Pago, se procederá a designarle Curador Ad-Litem, a fin de que ejerza su representación.

Así las cosas, el Juzgado DISPONE:

1°.- DESIGNAR a la profesional del Derecho, doctora **CAROLINA MARTINEZ RAMIREZ** con C.C. No. 36.300.142 y T. P. No. 137.614 del C. S. J., quien recibe notificaciones en la Carrera 5 No. 9-53 Oficina 106 Edificio San Jorge de Neiva (H.), móvil No. 322-4283231, email: carolinamartinez7722@hotmail.com en el cargo de Curador Ad-Litem, a fin de que ejerza la representación de los demandados ISABEL TORRES FAJARDO Y LEYDY JOHANA FOMEQUE TORRES

2°.- Para el efecto, remítase en medio digital copia de la demanda, de conformidad con lo previsto en el artículo 8° del Decreto 206 de 2020.

Notifíquese,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM

Neiva (H.), Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	JAVIER SALAZAR STERLING
DEMANDADO	DAGOBERTO FIERRO NARVAEZ.
RADICADO	41001 4189 007 2020 00527 00

Conforme a lo peticionado por el señor apoderado de la parte ejecutante en el escrito allegado a través del correo electrónico del Juzgado, se **DISPONE:**

1°.- REQUERIR Secretaría de Tránsito y Transporte Municipal de Neiva (H.), para que proceda a dar respuesta al **Oficio No. 1710** del 28 de Septiembre del 2020 emanado de éste despacho judicial, el cual les fue allegado por parte del Instituto de Tránsito y Transporte del Huila – sede Rivera, por competencia, desde el pasado 20 de Septiembre del 2020.

2°.- REQUERIR al Gerente y/o Representante Legal de la Empresa **TRANSPORTES @ NEIVA S.A.S.**, para que informe el trámite dado a nuestro **Oficio No. 1711** del 28 de Septiembre del 2020, el cual les fue remitido a través del correo electrónico del despacho desde el pasado 05 de noviembre del 2020.

Por Secretaría líbrense los oficios correspondientes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email. cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Proceso: **EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA.**
Demandante: **CONJUNTO RESIDENCIAL LA MORADA DEL VIENTO.**
Demandado: **CONSTRUCTORA FEDERAL S.A.S.**
Radicación: **41-001-41-89-007-2020-00589-00**

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

Una vez analizado el proceso y las notificaciones realizadas por el apoderado de la parte actora, observa esta judicatura, que las notificaciones de que trata el articulo 291 y 292 del Código General del Proceso, no cumplieron con lo establecido en los acuerdos PCSJA20-11567 del 05-06-2020. Pcsa20-11614 DEL 06-08-2020, PCSJA20-11622 del 21-08-2020, entre otros, como quiera que no le suministra la información necesaria para que el extremo demandado pueda notificarse ante este despacho.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

De acuerdo a lo anterior, se procede a requerir a la parte actora por segunda vez, para que notifique al demandado dentro de los treinta días siguientes a la notificación del presente proveído, so pena de decretar desistimiento.

Finalmente, a folios 08 a 10 del cuaderno dos-digital, se detalla oficio Nro. 368 proveniente del Juzgado Tercero de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila, en el que solicita el embargo de remanente o de los bienes que llegaren a desembargar a favor de la entidad demandada, sin embargo, ésta Dependencia Judicial, ordenará **NO TOMAR NOTA** de la misma, toda vez que dentro del presente asunto no se encuentran materializadas las medidas aquí decretadas.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO: No tener en cuenta las notificaciones realizadas por el abogado de la parte actora, por no reunir los requisitos establecidos en los artículos 291 y 291 ibídem, en concordancia con lo indicado en los Acuerdo PCSJA20-11567 del 05-06-2020. Pcsa20-11614 DEL 06-08-2020, PCSJA20-11622 del 21-08-2020.

SEGUNDO: Requerir a la parte actora para que notifique a la parte demandada**,** conforme a los artículos 291 y s.s. del Código de General del Proceso, por el término de treinta (30) días, so pena de decretar desistimiento tácito, como ordena el artículo 317 del Código General del Proceso.

TERCERO: No tomar nota del embargo del remanente solicitada por el Juzgado Tercero de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila, toda vez que dentro del presente asunto no se encuentran materializadas las medidas aquí decretadas.

NOTIFÍQUESE.

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.S
DEMANDADO	HENRY CHALA GAVIRIA
RADICADO	**410014189 007 2020 00593 00**

Conforme a lo solicitado por la apoderada judicial de la parte ejecutante y en atención al marco de Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica, el Juzgado Dispone:

- ORDENAR el Emplazamiento de los demandados **HENRY CHALA GAVIRIA** con C.C. 7.702.391 de conformidad con lo dispuesto en el Art. 108 del C. G. P[1]., en armonía con el art. 10 del Decreto 806 de 2020.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

[1] Decreto 806 Artículo 10. Emplazamiento para notificación personal. Los emplazamientos que deban realizarse en aplicación del artículo 108 del Código General del Proceso se harán únicamente en el registro nacional de personas emplazadas, sin necesidad de publicación en un medio escrito.

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR- MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO DE BOGOTA S.A.
DEMANDADO	YESID CORTÉS LEMUS
RADICADO	**41001 4189 007 2020 00604 00**

ASUNTO:

En lo atinente a la medida cautelar deprecada por la parte ejecutante, por darse los presupuestos del artículo 593 num. 10° del C.G.P., se accederá a la misma.

En mérito de lo expuesto, este despacho judicial, **DISPONE:**

1- Decretar el Embargo y Retención de las sumas de dineros depositadas en cuentas de Corrientes, de Ahorro, CDT o cualquier otro título bancario o financiero que posea el demandado **YESID CORTES LEMUS** con C.C. 7.694.653, en las entidades bancarias tales como:

BANCO BBVA COLOMBIA S.A, BANCO DE BOGOTÁ, DAVIVIENDA, POPULAR. BANCO AGRARIO y BANCOLOMBIA de la ciudad de Neiva.

2- Ofíciese a las citadas entidades, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **SESENTA MILLONES DE PESOS ($60.000.000. oo M/Cte)**.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

D.O.

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email. cmpl1onei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiple de Neiva – Huila

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	ABREVIADO-RESTITUCIÓN DE INMUEBLE ARRENDADO-LOCAL COMERCIAL
DEMANDANTE	JOSE WILLIAM ZAMORA RIVERA Y ALEX ARTURO ZAMORA RIVERA
DEMANDADO	SHIRLEY GARCIA CHALA Y DORIS CHALA LEYVA
RADICADO	410014189 007 2020 00661 00

En escrito que antecede, el señor apoderado de la parte actora presenta Sustitución de la demanda de conformidad con lo provisto por el artículo 93 del Código General del Proceso.

De la lectura del escrito, se infiere que dentro del presente proceso **DECLARATIVO VERBAL DE MINIMA CUANTIA - RESTITUCIÓN DE INMUEBLE ARRENDADO – LOCAL COMERCIAL** promovido mediante apoderado judicial por **JOSE WILLIAM ZAMORA DIAZ** y **ALEX ARTURO ZAMORA RIVERA** contra **SHIRLEY GARCIA CHALA** y **DORIS CHALA LEYVA**, busca reformar el acápite de los hechos de la demanda.

Sobre el particular, establece la norma procesal en cita, que el demandante podrá corregir, aclarar o reformar la demanda en cualquier momento, desde su presentación y hasta antes del señalamiento de la audiencia inicial.

En su inciso dos indica que la reforma de la demanda procede por una sola vez, cuando: *"… haya alteración de las partes en el proceso, o de las pretensiones o de los hechos en que ellas se fundamenten, o se pidan o alleguen nuevas pruebas…"*

"No podrá sustituirse la totalidad de las personas demandantes o demandadas, ni todas las pretensiones formuladas en la demanda, pero sí prescindir de alguna de ellas o incluir nuevas..."

Por todo lo anterior, y que se hace evidente que en el caso que nos compete, ciertamente nos encontramos ante una reforma de la demanda por alteración de los hechos, en consecuencia el Juzgado considera que debe aceptarse y dársele el trámite que legalmente corresponda, Disponiendo:

Primero.- ACEPTAR la REFORMA de la presente demanda, en lo relacionado con el capítulo de los hechos

Segundo.- NOTIFICAR en forma personal a la parte demandada, el auto admisorio de la demanda y la reforma de la demanda, conforme lo reglado por los artículos 291, 292 y de ser el caso 293 del C.G.P.**,** en concordancia con el art. 8° del Decreto 806 del 2020, a quienes se les correrá traslado de la demanda por el término de diez (10) días conforme al artículo 442 C.G.P., los cuales corren de manera simultánea con los términos de pagar la obligación.

Notifíquese y Cúmplase,



ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	FUNDACION DE ALTO MAGDALENA
DEMANDADO	JUAN PABLO LOAIZA LOZANO.
RADICADO	**410014189 007 2020 00693 00**

Conforme a lo peticionado por el apoderado de la parte actora, se ordena el emplazamiento del señor **JUAN PABLO LOAIZA LOZANO** Y no como de manera errada se indico en el auto anterior JUAN PABLO LOAIZA MORENO. En atención al marco de Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica, el Juzgado Dispone:

- ORDENAR el Emplazamiento de las demandadas **JUAN PABLO LOAIZA LOZANO** con C.C. 1.075.307.550, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 108 del C. G. P[1]., en armonía con el art. 10 del Decreto 806 de 2020.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

[1] Decreto 806 Artículo 10. Emplazamiento para notificación personal. Los emplazamientos que deban realizarse en aplicación del artículo 108 del Código General del Proceso se harán únicamente en el registro nacional de personas emplazadas, sin necesidad de publicación en un medio escrito.

Neiva (H.) mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	AMELIA MARTINEZ HERNANDEZ
DEMANDADO	MARIA INES SALAZAR DE AMAYA
RADICADO	41001 4189 007 2020 00751 00

Encontrándose registrado el embargo Inmueble urbano identificado con el Folio de Matrícula Inmobiliaria **No. 200-32874** de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Neiva (H.), denunciado como de propiedad de la demandada **MARIA INES SALAZAR DE AMAYA** con C.C. 28.850.852, según se infiere del certificado expedido por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Neiva, el dispone:

1°.- COMISIONAR al JUZGADO PROMISCUO DE REPARTO DE CAMPOALEGRE (H.), para que en aplicación a lo reglado por el artículo 38 del C.G.P. y los pronunciamientos de la Honorable Corte Suprema de Justicia, se sirva llevar a cabo la respectiva diligencia de Secuestro sobre el bien inmueble urbano ubicado en la Calle 32 A No. 10- 20 del municipio de Campoalegre, identificado con el Folio de Matrícula Inmobiliaria **No. 200-32874** de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Neiva (H.), denunciado como de propiedad de la demandada **MARIA INES SALAZAR DE AMAYA** con C.C. 28.850.852.

2°.- PREVENIR al citado Ente Judicial, que cualquier disposición contraria a la aquí comisionada, se constituye en un obstáculo para la pronta y cumplida justicia y puede acarrearle sanciones conforme a lo reglado por el artículo 44 del C.G.P.

Notifíquese y Cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

DOM.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021)

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COOPERATIVA MULTIACTIVA PROMOTORA CAPITAL-CAPITALCOOP
DEMANDADO	MARCOS ANDRES LONDOÑO ACEVEDO Y JOSE YIMMY PAEZ VILLAMIZAR
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00052 00**

A S U N T O:

Conforme a lo peticionado por el señor apoderado de la parte ejecutante y evidenciando que las medidas cautelares no se han hecho efectivas, se accederá al Retiro de la presente demanda, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 92[1] del C. General del Proceso.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

En consecuencia, el Juzgado Dispone:

PRIMERO.- **ACCEDER** al retiro de la presente demanda Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía, instaurada mediante apoderado judicial por la COOPERATIVA MULTIACTIVA PROMOTORA CAPITAL-CAPITALCOOP contra MARCOS ANDRES LONDOÑO ACEVEDO Y JOSE YIMMY PAEZ VILLAMIZAR.

SEGUNDO.- **ORDENAR** el levantamiento de las medidas cautelares. Sin lugar a librar los oficios por cuanto las mismas no fueron perfeccionadas.

TERCERO.- **ABSTENERSE** el Despacho de ordenar la devolución de la misma, como quiera que fue presentada de manera digital.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

[1] **Artículo 92. Retiro de la demanda.** El demandante podrá retirar la demanda mientras no se haya notificado a ninguno de los demandados. Si hubiere medidas cautelares practicadas, será necesario auto que autorice el retiro, en el cual se ordenará el levantamiento de aquéllas y se condenará al demandante al pago de perjuicios, salvo acuerdo de las partes.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Neiva (H.), Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	JAVIER SALAZAR STERLING
DEMANDADO	DAGOBERTO FIERRO NARVAEZ.
RADICADO	41001 4189 007 2020 00527 00

Conforme a lo peticionado por el señor apoderado de la parte ejecutante en el escrito allegado a través del correo electrónico del Juzgado se ordena REQUERIR a la Secretaría de Movilidad de Neiva (H.), para que informe el trámite dado al **Oficio No. No. 281** del 22 de Febrero del 202, emanado de éste despacho judicial, mediante el cual se decretó la posesión sin título que viene ostentado el aquí demandado, ALVARO GONZALEZ DUQUE con C.C No. 79.141.901 sobre el vehículo automotor de matrícula No. **CGP 740 / 43**.

Por Secretaría líbrese el oficio correspondiente.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email. cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	CLAUDIA LILIANA VARGAS MORA
DEMANDADO	FREDDY ANTONIO PRECIADO SUAREZ
RADICADO	41001 4189 007 2021 00120 00

En atención a la solicitud que hace la parte ejecutante sobre la existencia de depósitos judiciales relacionados dentro del presente proceso, se le pone de presente que revisada la página del Banco Agrario de Colombia, se pudo establecer que hasta la fecha no existen títulos allegados al expediente.

Por lo anterior, se accede a requerir al pagador del Ejército Nacional, para que informe el trámite dado al oficio No. 271 del 22 de Febrero del 2021.

Se requiere a la parte interesada para que dé cumplimiento al Acuerdo 806 del 2020 en su núm. 11°; en el sentido de indicar el correo electrónico de la entidad a donde se de dirigir los oficios de medida cautelar.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO PARA LA EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA REAL - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCOLOMBIA S.A.
DEMANDADO	JHONY FREDY YAÑEZ
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00135 00**

ASUNTO:

Se procede a resolver las solicitudes que anteceden de la apoderada judicial de la parte actora, relacionada con la corrección del nombre del demandado y la Terminación del Proceso por Cuotas en Mora.

Efectivamente, indica la apoderada que se debe aclarar el nombre del demandado, por cuanto su nombre correcto es **JHON FREDY YAÑEZ** y no como se indicó en el auto Mandamiento de Pago, **JHON FREDY YAÑEZ MEDINA-**

En tal virtud, al estar en presencia de una corrección meramente formal, atendiendo lo estipulado en el artículo 286 del Código General del Proceso[1], se hace necesario corregir el Auto Mandamiento de Pago calendado el 25 de Febrero del 2021 en la forma antes indicada.

De otra partes, al ser procedente la solicitud de Terminación del proceso por Pago de las Cuotas Mora, a ello se accederá.

Por lo anterior, el Juzgado Séptimo de Pequeñas y Causas y Competencia Múltiple de Neiva Huila…

R E S U E L V E:

Primero.- CORREGIR el Auto Mandamiento de Pago de fecha 25 de Febrero del 2021 en el sentido de indicar que el nombre correcto del demandado es **JHON FREDY YAÑEZ** y no erradamente se indicó.

Segundo.- INDICAR que las demás disposiciones del citado mandamiento de pago no sufre modificación alguna.

---

[1] **Artículo 286. Corrección de errores aritméticos y otros**. Toda providencia en que se haya incurrido en error puramente aritmético puede ser corregida por el juez que la dictó en cualquier tiempo, de oficio o a solicitud de parte, mediante auto.
(…).
Lo dispuesto en los incisos anteriores se aplica a los casos de error por omisión o cambio de palabras o alteración de éstas, siempre que estén contenidas en la parte resolutiva o influyan en ella.

Tercero.- DECRETAR la terminación del proceso Ejecutivo para la Efectividad para la Garantía Real - Mínima Cuantía propuesto mediante apoderado judicial por **BANCOLOMBIA S.A.** contra **JHON FREDY YAÑEZ** por **Pago de las Cuotas en Mora** del Pagaré No. **8112320025980**.

Cuarto.- **ORDENAR,** el levantamiento de las medidas cautelares a que hubiere lugar. Líbrense los oficios correspondientes.-

Quinto.- **ORDENAR** expedir las copias que sean solicitadas, previo pago de las expensas por parte del interesado.

Sexto.- ORDENAR el Desglose del título valor y documentos que sirvieron como base de recaudo ejecutivo a costa y a favor de la parte Ejecutante (Art. 116 C.G.P.) con la ADVERTENCIA que la obligación continúa vigente a favor de la BANCOLOMBIA S.A.

Séptimo.- ARCHIVAR el expediente, previas las constancias y desanotaciones del caso. Art. 122 último inciso del C. G. P.

Octavo.- ACEPTAR la renuncia a términos de notificación y ejecutoria del presente proveído que hace la parte actora.

Notifíquese y Cúmplase.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.

DOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva Huila, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COOPERATIVA COONFIE
DEMANDADO	MARIA CAMILA MUÑOZ y ALBA LUCIA RIVERA DUQUE.
RADICADO	**410014189 007 2021 00146 00**

Conforme a lo solicitado por la apoderada judicial de la parte ejecutante y en atención al marco de Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica, el Juzgado Dispone:

- ORDENAR el Emplazamiento de las demandadas **MARIA CAMILA MUÑOZ RIVERA** con C.C. 1.053.838.353 y **ALBA LUCIA RIVERA DUQUE** con C.C. 30.292.521, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 108 del C. G. P[1]., en armonía con el art. 10 del Decreto 806 de 2020.

NOTIFÍQUESE.-

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

DOM.

[1] Decreto 806 Artículo 10. Emplazamiento para notificación personal. Los emplazamientos que deban realizarse en aplicación del artículo 108 del Código General del Proceso se harán únicamente en el registro nacional de personas emplazadas, sin necesidad de publicación en un medio escrito.

Proceso: **EJECUTIVO DE MÍNIMA CUANTÍA.**
Demandante: **CONJUNTO RESIDENCIAL LA MORADA DEL VIENTO.**
Demandado: **MARIA ARGENIS GARCIA LOSADA.**
Radicación: **41-001-41-89-007-2021-00165-00**

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

Evidenciando la constancia secretarial de fecha 20 de mayo de 2021 y de las notificaciones realizadas por el apoderado de la parte actora, observa esta judicatura, que las notificaciones de que trata el articulo 291 y 292 del Código General del Proceso, no cumplieron con lo establecido en los acuerdos PCSJA20-11567 del 05-06-2020. Pcsa20-11614 DEL 06-08-2020, PCSJA20-11622 del 21-08-2020, entre otros, como quiera que no le suministra la información necesaria para que el extremo demandado pueda notificarse ante este despacho, así como también, realiza la notificación en un correo electrónico la cual no pertenece a la parte demandada, tal y como se evidencia en el acápite de notificaciones del libelo gestor.

De acuerdo a lo anterior, se procede a requerir a la parte actora por segunda vez, para que notifique al demandado dentro de los treinta días siguientes a la notificación del presente proveído, so pena de decretar desistimiento.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO: Denegar la solicitud de ordenar seguir adelante con la ejecución del crédito, como quiera que las notificaciones realizadas por el abogado de la parte actora, no reúnen los requisitos establecidos en los artículos 291 y 291 ibídem, en concordancia con lo indicado en los Acuerdo PCSJA20-11567 del 05-06-2020. Pcsa20-11614 DEL 06-08-2020, PCSJA20-11622 del 21-08-2020.

SEGUNDO: Requerir a la parte actora para que notifique a la parte demandada**,** conforme a los artículos 291 y s.s. del Código de General del Proceso, por el término de treinta (30) días, so pena de decretar desistimiento tácito, como ordena el artículo 317 del Código General del Proceso.

NOTIFÍQUESE.

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COOPERATIVA ULTRAHUILCA
DEMANDADO	VIVIANA MARCELA ESQUIVEL JOVEN Y JOSÉ HELI ESQUIVEL CARDOZO
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00209 00**

Por ser procedente la solicitud de la apoderada de la parte ejecutante para corregir en debida forma el número del pagaré base de ejecución, y de conformidad con el art. 286 CGP, el despacho **DISPONE**:

1. CORREGIR el numeral primero del mandamiento de pago de 06 de mayo de 2021, el cual quedará asi:

> **"PRIMERO.-LIBRAR** mandamiento de pago por la vía **Ejecutiva** para la **Efectividad de la Garantía Real de Mínima Cuantía** a favor de **COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CRÉDITO ULTRAHUILCA**. con Nit. 891100673-9 contra **VIVIANA MARCELA ESQUIVEL JOVEN** con CC1.133.150.252 y **JOSÉ HELÍ ESQUIVEL CARDOZO** con C.C. 12.127.077 por las siguientes sumas de dinero:
> -RESPECTO DEL PAGARÉ No. 11253505.(….)"

2. INDICAR que el resto de disposiciones del mandamiento de pago no sufren variación alguna.

3. NOTIFICAR en forma personal a la parte pasiva la presente providencia junto con el mandamiento de pago de 06 de mayo de 2021.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

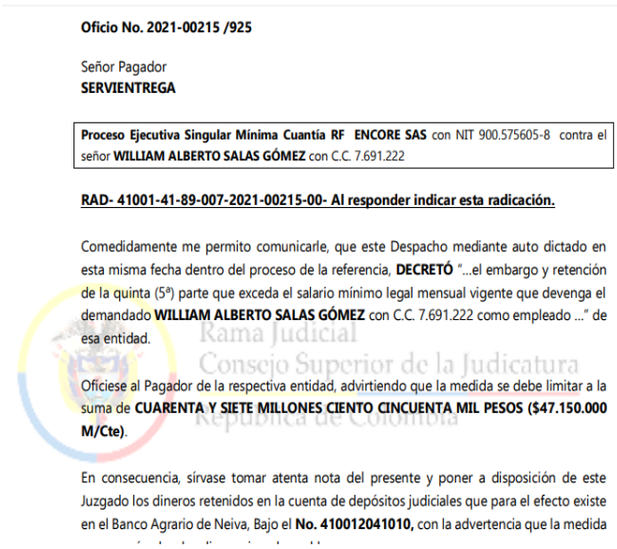
Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	RF ENCORE SAS
DEMANDADO	WILLIAM LABERTO SALAS GÓMEZ
RADICADO	41001 4189 007 2021 00215 00

En atención a la solicitud de la apoderada de la parte demandante relativo al envió de oficio de medida cautelar decretada el 06 de mayo de 2021 en el presente asunto, **PÓNGASE** en conocimiento el envío de la misma el cual fue enviado con copia al correo de la parte interesada.



Oficio No. 2021-00215 /925

Señor Pagador
SERVIENTREGA

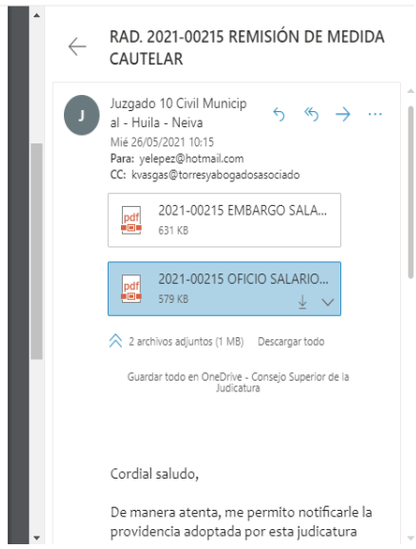
Proceso Ejecutiva Singular Mínima Cuantía RF ENCORE SAS con NIT 900.575605-8 contra el señor **WILLIAM ALBERTO SALAS GÓMEZ** con C.C. 7.691.222

RAD- 41001-41-89-007-2021-00215-00- Al responder indicar esta radicación.

Comedidamente me permito comunicarle, que este Despacho mediante auto dictado en esta misma fecha dentro del proceso de la referencia, **DECRETÓ** "...el embargo y retención de la quinta (5ª) parte que exceda el salario mínimo legal mensual vigente que devenga el demandado **WILLIAM ALBERTO SALAS GÓMEZ** con C.C. 7.691.222 como empleado ..." de esa entidad.

Ofíciese al Pagador de la respectiva entidad, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **CUARENTA Y SIETE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS ($47.150.000 M/Cte)**.

En consecuencia, sírvase tomar atenta nota del presente y poner a disposición de este Juzgado los dineros retenidos en la cuenta de depósitos judiciales que para el efecto existe en el Banco Agrario de Neiva, Bajo el **No. 410012041010,** con la advertencia que la medida



RAD. 2021-00215 REMISIÓN DE MEDIDA CAUTELAR

Juzgado 10 Civil Municipal - Huila - Neiva
Mié 26/05/2021 10:15
Para: yelepez@hotmail.com
CC: kvasgas@torresyabogadosasociado

2021-00215 EMBARGO SALA... 631 KB

2021-00215 OFICIO SALARIO... 579 KB

2 archivos adjuntos (1 MB) Descargar todo

Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Cordial saludo,

De manera atenta, me permito notificarle la providencia adoptada por esta judicatura

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

NOM.

Proceso: EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA.
Demandante(s): CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
Demandado(s): LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.
Radicación: 41-001-41-89-007-**2021-00218**-00.

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

ASUNTO:

Evidenciando el escrito elevado por la parte demandada, en el que concede poder especial a la abogada Margarita Saavedra Mac'auslan e interponer recurso de reposición contra el auto que libró mandamiento de pago; es por ello que, éste Juzgado notifica a la demandada **PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS con NIT. 900.592.204-1,** por conducta concluyente, del auto que **libró mandamiento de pago** en su contra el pasado 11 de marzo del 2021, conforme al artículo 301 del Código General Del Proceso. Para los efectos del artículo 91 de la misma obra, se adjunta copia de la admisión y/o mandamiento de pago y copia de la demanda.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, **Dispone:**

TENER Notificado Por Conducta Concluyente a la **PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS con NIT. 900.592.204-1** del auto que **libró mandamiento de pago** en su contra el pasado 11 de mayo del 2021. Para los efectos del artículo 91 de la misma obra, se adjunta copia de la admisión y/o mandamiento de pago y copia de la demanda.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.

RADICADO	**41.001.41.89.007-2021-00218-00**
PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA.
DEMANDANTE(S)	SALUDLASER S.A.S.
DEMANDADO(S)	LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS.
FECHA	**11 de marzo de 2021.**

ASUNTO:

Luego de verificar que la anterior demanda Ejecutiva de Mínima Cuantía instaurada por la **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA con NIT. 900.324.272-2** en contra de **LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS con NIT. 860.002.400-2**, reúne el lleno de las formalidades legales previstas en los artículos 82 y siguientes del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 6 del Decreto Legislativo 806 de 2020, y el documento aportado como base de recaudo, representado en **setenta y ocho (78) facturas** suscritas para garantizar el pago de una obligación adquirida con esa entidad, presta merito ejecutivo al constituir una obligación clara, expresa y exigible a cargo de la demandada, a términos de los artículos 244 y 422 del Código General del Proceso, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva, **Dispone:**

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva (H), **Dispone:**

PRIMERO: Librar mandamiento de pago por la vía **Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía** a favor de(l) (la) **SALUDLASER S.A.S.,** con Nit. 900.324.272-2 y en contra de **LA PREVISORA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS** con NIT. 860.002.400-2, por las siguientes sumas de dinero:

1. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 9830**, presentada para su pago el **08-03-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(09-04-2018)** y hasta que se verifique su pago.

2. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 9839**, presentada para su pago el **08-03-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(09-03-2018)** y hasta que se verifique su pago.

3. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 9851**, presentada para su pago el **08-03-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(09-03-2018)** y hasta que se verifique su pago.

4. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 9862**, presentada para su pago el **08-03-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(09-03-2018)** y hasta que se verifique su pago.

5. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 9876**, presentada para su pago el **08-03-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(09-03-2018)** y hasta que se verifique su pago.

6. **$ 245.900.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10097**, presentada para su pago el **27-03-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(28-04-2018)** y hasta que se verifique su pago.

7. **$ 245.900.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10103**, presentada para su pago el **27-03-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(28-04-2018)** y hasta que se verifique su pago.

8. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10195**, presentada para su pago el **12-04-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-05-2018)** y hasta que se verifique su pago.

9. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10197**, presentada para su pago el **12-04-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-05-2018)** y hasta que se verifique su pago.

10. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10206**, presentada para su pago el **12-04-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-05-2018)** y hasta que se verifique su pago.

11. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10326**, presentada para su pago el **04-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(05-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

12. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10334**, presentada para su pago el **04-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(05-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

13. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10531**, presentada para su pago el **04-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(05-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

14. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10532**, presentada para su pago el **04-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(05-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

15. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10538**, presentada para su pago el **04-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(05-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

16. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10546**, presentada para su pago el **04-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(05-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

17. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10561**, presentada para su pago el **04-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(05-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

18. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10562**, presentada para su pago el **15-05-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(16-06-2018)** y hasta que se verifique su pago.

19. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10655**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

20. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10665**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

21. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10675**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

22. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10682**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

23. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10687**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

24. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10687**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

25. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10688**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

26. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10697**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

27. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10703**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

28. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10817**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

29. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10825**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

30. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10830**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

31. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10837**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

32. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10848**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

33. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10854**, presentada para su pago el **05-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(06-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

34. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10934**, presentada para su pago el **19-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(20-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

35. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10948**, presentada para su pago el **19-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(20-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

36. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10952**, presentada para su pago el **19-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(20-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

37. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 10961**, presentada para su pago el **19-06-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(20-07-2018)** y hasta que se verifique su pago.

38. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11254**, presentada para su pago el **13-07-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(14-08-2018)** y hasta que se verifique su pago.

39. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11277**, presentada para su pago el **13-07-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(14-08-2018)** y hasta que se verifique su pago.

40. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11780**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

41. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11785**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

42. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11787**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

43. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11793**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

44. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11852**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

45. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11867**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

46. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11874**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

47. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11877**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

48. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11886**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

49. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11892**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

50. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 11908**, presentada para su pago el **24-08-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(25-09-2018)** y hasta que se verifique su pago.

51. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12051**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

52. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12054**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

53. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12055**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

54. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12062**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

55. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12067**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

56. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12073**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

57. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12074**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

58. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12094**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

59. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12106**, presentada para su pago el **07-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(08-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

60. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12220**, presentada para su pago el **14-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(15-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

61. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12228**, presentada para su pago el **14-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(15-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

62. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12235**, presentada para su pago el **14-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(15-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

63. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12247**, presentada para su pago el **14-09-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(15-10-2018)** y hasta que se verifique su pago.

64. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12674**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

65. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12678**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

66. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12679**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

67. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12680**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

68. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12688**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

69. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12691**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

70. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12700**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

71. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12710**, presentada para su pago el **12-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(13-11-2018)** y hasta que se verifique su pago.

72. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12809**, presentada para su pago el **30-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(01-12-2018)** y hasta que se verifique su pago.

73. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12809**, presentada para su pago el **30-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(01-12-2018)** y hasta que se verifique su pago.

74. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 12825**, presentada para su pago el **30-10-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

Carrera 4 - No 6 – 99 / Telefax 8715569 / Email.
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

H.

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(01-12-2018)** y hasta que se verifique su pago.

75. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 13151**, presentada para su pago el **18-12-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(19-01-2019)** y hasta que se verifique su pago.

76. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 13161**, presentada para su pago el **18-12-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(19-01-2019)** y hasta que se verifique su pago.

77. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 13165**, presentada para su pago el **18-12-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(19-01-2019)** y hasta que se verifique su pago.

78. **$ 260.414.oo. Mcte** Saldo insoluto de la **factura No. 13169**, presentada para su pago el **18-12-2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible **(19-01-2019)** y hasta que se verifique su pago.

SEGUNDO. - Sobre la condena en costas, el Juzgado lo hará en su oportunidad.

TERCERO. - ORDENAR a la parte ejecutada que pague al ejecutante las anteriores sumas de dinero dentro de los cinco (05) días siguientes a la notificación de esta decisión (art. 431 del C.G.P.)

CUARTO. - NOTIFICAR el presente auto a la parte demandada en la forma indicada en los artículos 290 a 293 y 301 del Código de General del Proceso y en los artículos 6, 8 y 10 del Decreto Legislativo 806 del 2020, para lo cual debe adjuntase copia de la demanda, a quien se le correrá traslado por el término de diez (10) días conforme al artículo 442 ibidem, los cuales correrán simultánea con los indicados en el numeral anterior.

QUINTO: REQUERIR a la parte actora para que en el término de treinta (30) días notifique a la parte pasiva, conforme a lo señalado en el numeral anterior, so pena de decretar desistimiento tácito, como ordena el artículo 317 del Código General del Proceso.

H.

SEXTO: Reconocer personería adjetiva a la abogada **MIREYA SÁNCHEZ TOSCANA**, titular de C.C. No. 36.173.846, y portador(a) de la T.P. 116.256, del C.S.J para que actúe como apoderada judicial de la parte demandante.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

H.

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 9830

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324) LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-9553	NEIVA, 5-Mar-2018	08:36:45
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**		
001 01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: ZULUAGA GARCIA CARLOS MAR		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075293907	ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO				
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO**	at1324139987234	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
08 MAR 2018
C.C.G

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005266195 por una vigencia de 18 meses 16-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

NIT. 9[illegible]
FRANCISCO ANDRES HOJAS
REPRESENTANTE LEGAL
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 269.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14763 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI.

Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. GOU233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075274390	carlos	mario	zuluaga	gutie
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CALLE 18 SUR CRA 34 Zona U [X] R [ ]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 02 MARZO 2018 A las: 17:40

Nombre IPS que atendió la victima: clinica de fracturas ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4100100 46601

Dirección: CALLE 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Edgar Andres Obando B.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
M. 665-2012 Res. SST 533-2017

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Edgar Andres Obando B.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
M. 665-2012 · Res. SST 533-2017

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

4

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14770

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 02 DIA 17

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO ORF82E

No. DE POLIZA 1324139987234

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Perdomo C.C. 1075254683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Calle 18 entre 34 HASTA: Clinica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hoy 06-25 Bimotor

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Carlos Mario Zuluaga Garcia IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075293907 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlaser S.A.S. NIT 900.324.272-2

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 28920

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
12 02 2018.	06:25	06:35	06:45.	07:04	R B N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres
Zoluaga	Garcia	Carlos Mario.

FECHA NA/TO 07 04 1994 SEXO M [b] F [ ] C.C. [b] T.I. [ ] R.C [ ] C.E [ ] PAS. [ ] NUMERO 1075 293 907. EDAD 1075 293 907.

RESIDENCIA ACTUAL Direccion: Cr 55 # 20-09. Barrio Umonar Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: Colombia Telefono 3184586000

DIRECCION DE ATENCION Residencia [ ] Trabajo [ ] ASEGURADORA RESPONSABLE POLIZA No. 9324 139987 23 - 4 Estudiantil [ ]
Cll 18 5ta con cr 34 Via publica [12] Otros [ ] PREVISORA EPS-C Nueva EPS [ ] Prepagada [ ]
B/ Umonar Comercio [ ] Cual [ ] Placa: ORF 82E EPS-S [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
[b] Accidente Tránsito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Comun [ ] Terrorismo [ ] Lesion por agresion [ ] Enfermedad General [ ] Catástrofe [ ] Otro

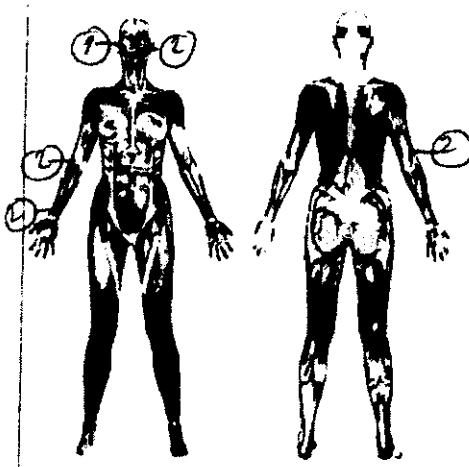
DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS. Pte que se movilizaba como conductor de motocicleta de placas ORF82E, el cual perdio el control en una curva y cae accidentandose.

Alergias: — o —
Medicamentos: — o —
Antecedentes Patalógicos. — o —
Ultimo Alimento: — horas Embarazo o
Cirugias — o —

EXAMEN FISICO TA 110/60 FC: 56 FR: 18 T: 36

NEUROLOGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	[6] Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No hay		
R.V:	[5] Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	[4] Espontánea	2 Al dolor	TOTAL		
	3 Al llamado	1 No hay	15 /15		



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29 [4]	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
PA sistolica	>89 [4]	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	13-15 [4]	9-12 3	6-8 2	4-5 1	3 0

PROCEDIMIENTOS

[ ] Collar Cervical	[ ] RCCP	[b] Monitoreo
[ ] Aspiracion	[ ] Hemostasia	[ ] Liquidos I.V.
[ ] Oxigenacion	[ ] Inmovilizacion MsSs	[ ] Asepsia
[ ] Intubacion	[ ] Inmovilizacion Msls	[ ] Otro:
[ ] Ventilación	[ ] Inmovilizacion Total	[ ]

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trauma Rostro + Abrasione) en MSD + contusión + Abra en Rostro

Traslado a: Clinica de Fracturas y Ortopedia
Recibido por: Dr Obando Edgar Andres Obando Medico C.C. 1075213065 R.M. 41465-12
Se entrega Vivo [b] Muerto [ ]
Firma del Paciente

OBSERVACIONES Moto 1: 660233

Tipo unidad TAM [ ] TAB [b]

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Nelson Ramirez Nombre Conductor: Cristian Peralta

8

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR Calle 18 A No 6 - 48 TELF: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FECHA 12-02-2018 HORA 05:25 -

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Carlos Mario Zuluaga Garcia

IDENTIFICACION 1075 293907

DIRECCIÓN Cr 35A Cra # 20 - 09. TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3184586000

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [6] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Bajaj Placa ORF 82E

Poliza No. 139987234 - Aseguradora PREVISORA

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Cond de moto de placas ORF 82E, el cual en una curva pierde el control y cae solo, accidentandose.

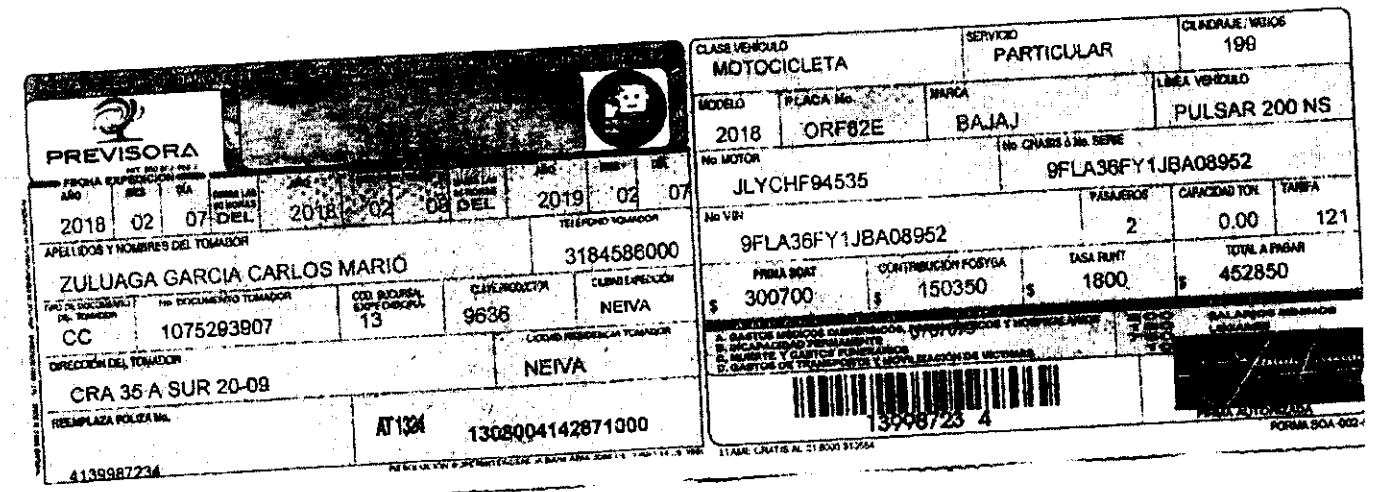
INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En micondición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT.

Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C 1075293907

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.



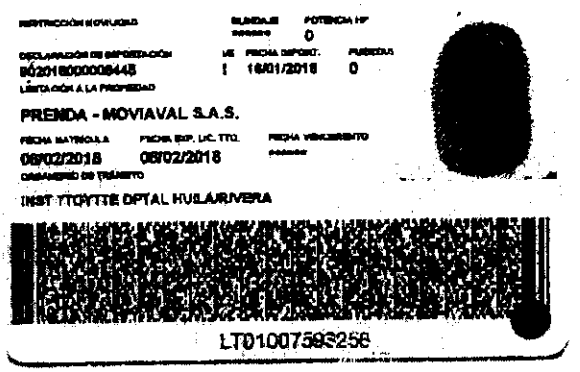
PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA	
2018	02	07	DEL	2018	02	08	DEL	2019	02	07	

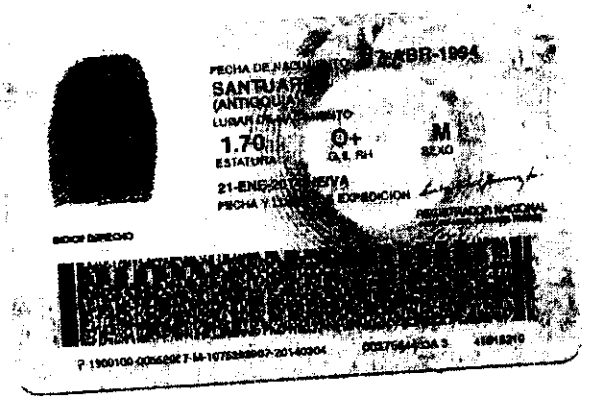
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO
TELEFONO TOMADOR: 3184586000
TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC
No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075293907
COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN: 13
CLAVE PRODUCTOR: 9636
CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA
DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 35 A SUR 20-09
CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA
REEMPLAZA POLIZA No.: 4139987234
AT1324
1308004142871000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS					
MOTOCICLETA	PARTICULAR	199					
MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO				
2018	ORF62E	BAJAJ	PULSAR 200 NS				
No MOTOR	No CHASIS o No. SERIE						
JLYCHF94535	9FLA36FY1JBA08952						
No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA				
9FLA36FY1JBA08952	2	0.00	121				
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR				
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850				

13998723 4



RESTRICCIÓN MOVILIDAD: SUNDAJE 0, POTENCIA HP 0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 52018000008445
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - MOVIAVAL S.A.S.
FECHA MATRICULA: 06/02/2018
FECHA EXP. LIC. TTO.: 06/02/2018
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT0100759258



SANTUARIO (ANTIOQUIA)
1.70 m ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
21-ENE-20 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
SEÑOR DIRECTOR
REGISTRADOR NACIONAL

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN			DESDE LAS 24 HORAS				HASTA LAS 24 HORAS			
AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA		AÑO	MES	DÍA
2018	02	07	DEL	2018	02	08	DEL	2019	02	07

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO — TELÉFONO TOMADOR: 3184586000

TIPO DE DOC. IDENTIF. DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO IDENTIF. TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN	CLAVE PRODUCTOR	CÓDIGO EXPEDICIÓN
CC	1075293907	13	9636	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 35 A SUR 20-09 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4139987234 — AT 1324 — 1308004142871000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	199

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2018	ORF82E	BAJAJ	PULSAR 200 NS

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
JLYCHF94535	9FLA36FY1JBA08952

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9FLA36FY1JBA08952	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS — 810
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 720
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS — 90

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

13998723 4

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-602-

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015519536

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
ORF82E	BAJAJ	PULSAR NS 200 B5IV	2018

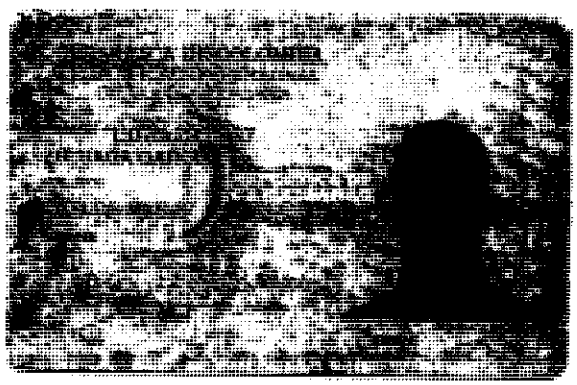
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
199	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD PASAJ.
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: JLYCHF94535 — REG: N — VIN: 9FLA36FY1JBA08952

NÚMERO DE SERIE: 9FLA36FY1JBA08952 — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: 9FLA36FY1JBA08952 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO — IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075293907



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43197

CC 1075293907

NOMBRE:ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.04.17 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 35 A SUR NO 20 09 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3184586000 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 12/02/2018 07:16

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS ORF82E CUANDO PIERDE ELC OTNROL EN UNA CURVA Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA PIERDE EL COBNTROL DE LA MISMA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.02.12-07:23:17>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 43197

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/75 **FC**: 91 **FR**: 18 **T**: 36 **SO2**: 99 **PESO**:80 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:SI

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 4 **GLASGOW**(14)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

SE EVIDENCIA HERIDA DE 1 CM EN REGION TEMPOROFRONTAL DERECHA, mucosas humedas, INYECCION CONJUNTIVAL, RUBICUNDEZ, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes. ALIENTYO ALCOHOLOICO

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. ABRASIONES EN ANTEBRAZO DERECHO, MANO IZQUIERDO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactives a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43197

CC 1075293907

NOMBRE: ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO **EDAD:** 23 A **F. NACI:** 94.04.17 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 35 A SUR NO 20 09 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3184586000 **ZONA:** U

OCUPACION: 399 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 12/02/2018 07:16

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S009 TRAUMA CARA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
T141 ABRASIONES

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
Y919 ALCOHOLISMO, NIVEL DE INTOXICACION NO ESPECIFICADO

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.12-07:23:20>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43197

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 3 75 MG IV CADA 3 H
CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 3 BOLO 500 CC AHORA Y CONTINUAR A 80 CC/H
CLORURO SODIO AL 0.9%100MLBAXTER CANT: 3 DILUIR MEDICCACION

OBSERVACION
- NADA VÍA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. DEJAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS
- CURACION DE ABRASIONES
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- VIGILANCIA NEUROLÓGICA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.02.12-09:50:24>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43197

*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43197

CC 1075293907

NOMBRE:ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.04.17 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 35 A SUR NO 20 09 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3184586000 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 12/02/2018 07:16

TAC CEREBRAL: LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE Y VENTRICULOS PERMEABLES, NO HEMATOMAS NI SANGRADOS INTRAPARENQUIMATOSA. NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURAS.

TAC DE CARA: NO SE EVIDENCIA FRACTURAS NI FISURA.

--->><<18.02.12-10:44:48>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43197
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE SUTURAS
SUTURA
EN SALA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA, ANTISEPSIA Y ANESTESIA LOCAL SE SUTURA HERIDA EN CARA CON PROLENE 4-0, TOTAL PUNTOS :3 SIN COMPLICACIONES.

--->><<18.02.12-14:53:27>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43197
*** EVOLUCION ***

NOTA RETROSPECTIVA:
PACIENTE QUIEN A LAS 11:00 AM SOLICITO RETIRO VOLUNTARIO, SE EXPLICO DE LAS COMPLICACIONES Y E RIESGO DEL RETIRO VOLUNTARIO PERO EL USUARIO REFIRIO ENTENDER Y ASUMIO LA RESPONSABILIDAD, FIRMO RETIRO VOLUNTARIO Y SE FUE DE LA INSTITUCION, CAMINANDO, CONSCIENTE, ORIENTADO,

--->><<18.02.12-14:53:40>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43197
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.12-11:05:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075293907 ADMISION N_: 43197

NOMBRE:ZULUAGA GARCIA CARLOS MARIO **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.04.17 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 35 A SUR NO 20 09 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3184586000 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 12/02/2018 07:16

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S009 TRAUMA CARA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
Y919 ALCOHOLISMO, NIVEL DE INTOXICACION NO ESPECIFICADO

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **FECHA**: 18.02.12 **HORA**: 11:05:3

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1081667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 9839

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324)		EVENTO	1-9563	NEIVA, 5-Mar-2018	08:51:34
LA PREVISORA S.A.		REGIMEN	Observaciones:		
CONTRATO/PLAN		OTRO REGIMEN	PACIENTE: SANCHEZ PUENTES LINDA ARA		
001 01 SOAT					

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: SANCHEZ PUENTES LINDA ARANZAZU

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075320710	SANCHEZ PUENTES LINDA ARANZAZU				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: SANCHEZ PUENTES LINDA ARANZAZU	AT1324371366424	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
08 MAR 2018
C.C.6

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Saludlaser S.A.S.
NIT 900.324.272-2
FRANCISCO [illegible] ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldiaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 14719 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [X] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Vehiculo Placa No. HFU 906 Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] A.S. [ ] M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1081[illegible]0719	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 6W Calle 90 Zona [X] U [ ] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 06 MAR 18 Alas 12 PM

Nombre IPS que atendió la victima Clinica Huilense Especializada

NIT 900 110 191 - 9 Código de habilitación 4100100 46601

Dirección Calle 19 - 6 - 65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 875 6344

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es clara y podra ser verificada por la Compañía de Seguros por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud y Contraloría General de la República, por lo cual acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por concepto de

Dr. Albert Francisco Polania
Médico Cirujano
C.C. 7778219

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Dr. Albert Francisco Polania
Médico Cirujano
C.C. 7778219
R.M. 648/11

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

16

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14720

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	02	06

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: XMU 82D

No. DE POLIZA: 1324371366924

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): YEISON DIAZ MOSQUERA C.C. 1075211796 DE NEIVA

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 6W Calle 40 B/ Santa Ines HASTA: Clinica Fracturas Ortopedica Hora 19:29

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HTU 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Lindo Alonzo Sanchez Puentes IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075320710 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SALUDLASER S.A.S NIT. 900.324.272-2 HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA 28396

FECHA | HORA DESPACHO | HORA LLEGADA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido | 2do apellido | Nombres

FECHA NA/TO | SEXO M F | C.C. T.I. | R.C. C.E. | PAS. | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Direccion: | Barrio: | Municipio: | Departamento: | Pais: | Telefono

DIRECCIÓN DE ATENCION | Residencia | Trabajo | Via publica | Otros | Comercio | Cual. | ASEGURADORA RESPONSABLE | POLIZA No. | EPS-C | EPS-S | Placa: | Estudiantil | Prepagada | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO | Accidente Transito | Accidente Laboral | Accidente Comun | Terrorismo | Lesion por agresion | Enfermedad General | Catástrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS:

Alergias:

Medicamentos:

Antecedentes Patalógicos:

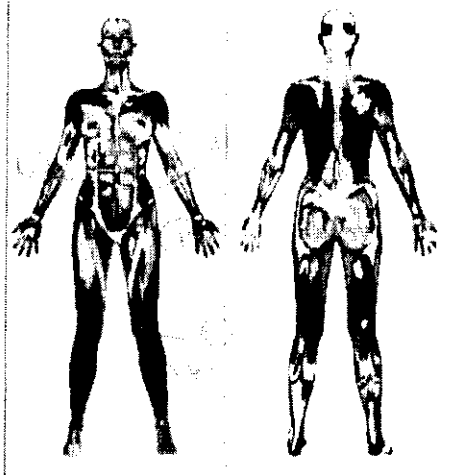
Ultimo Alimento: horas Embarazo

Cirugias:

EXAMEN FISICO TA: FC: FR: T:

NEUROLÓGICO PUPILAS D mm I: mm

R.M:	6	Ordenes	4	Retira	2	Extension
	5	Localiza	3	Flexión anormal	1	No hay
R.V.	5	Orientada	3	Inapropiada	1	No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible		
A.O:	4	Espontánea	2	Al dolor	TOTAL	
	3	Al llamado	1	No hay		/15



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical		RCCP		Monitoreo	
Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.	
Oxigenación		Inmovilizacion MsSs		Asepsia	
Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:	
Ventilación		Inmovilizacion Total			

IMPRESION DIAGNOSTICA

Traslado a:

Recibido por:

Se entrega Vivo Muerto

Firma del Paciente

Dr. Albert Francisco Polanía
Médico Cirujano
C.C. 7778219
R.M. 648111

Tipo unidad | TAM | TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Nombre Conductor:

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / MOTOR
MOTOS	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2016	XMU82D	AKT	AK 125SC

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
XS1P52CMI3A15001483	9F2A51254GX001404

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9F2A51254GX001404	2	0.00	12I

PRIMA EXPEDICION	CONTRIBUCION FONDYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 | MES 08 | DIA 09 | VIGENCIA DESDE AÑO 2017 | VIGENCIA HASTA AÑO 2018 | MES 08 | DIA 09

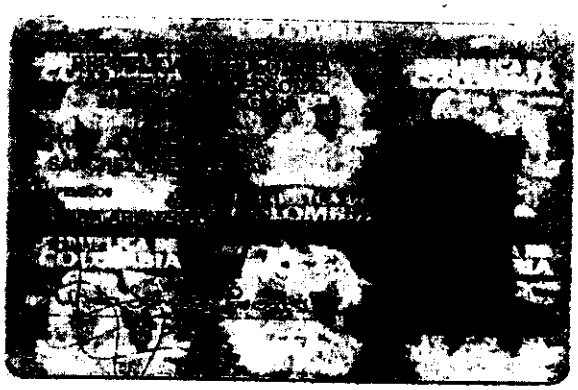
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: DURAN PALOMARES MAIRA ALEXANDRA | TELEFONO TOMADOR: 3107766805

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CC	1030563268	10	1540051396	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CR 15 11A 09 SUR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 0 | AT 1329 37136642 4

37136642 4





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010002658

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
XMU82D	AKT	AK 125SC	2016

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/P.N
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR: XS1P52CMI3A15001483 | NIDO: N | VIN: 9F2A51254GX001404

NUMERO DE SERIE | NIDO: N | NUMERO DE CHASIS: 9F2A51254GX001404 | NIDO: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): DURAN PALOMARES MAIRA ALEXANDRA | IDENTIFICACION: C.C. 1030563268

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2017	08	09	DEL	2017	08	10	DEL	2018	08	09

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: DURAN PALOMARES MAIRA ALEXANDRA — TELÉFONO TOMADOR: 3107765806

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	CLAVE EXPEDICIÓN
CC	1030563268	10	1540051396	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CR 15 11A 09 SUR — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 0

AT 1329 37136642 4

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOS	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2018	XMU82D	AKT	AK 125SC

No. MOTOR: XS1P52CMI3A15001483 — No. CHASIS o No. SERIE: 9F2A51254GX001404

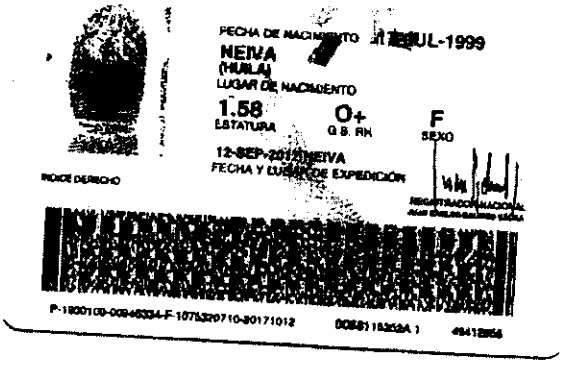
No. VIN: 9F2A51254GX001404 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON.: 0.00 — TARIFA: 121

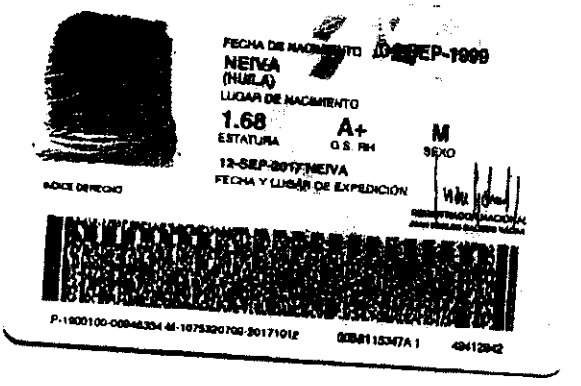
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

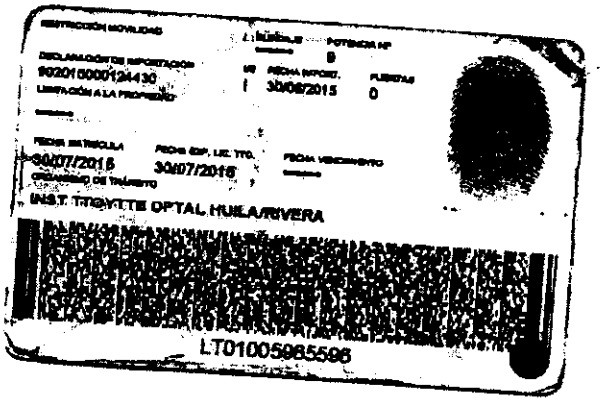
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 360
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 720
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS 10

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

37136642 4







CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1075320710 ADMISION N : 42864

NOMBRE:SANCHEZ PUENTES LINDA ARANZAZU **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.07.17 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA14 NO 21 63 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3183578960 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 06/02/2018 20:33

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO DE PLACAS XMU82D QUE AL COLISIONAR CON UN TAXI PIERDEN EL CONTROL Y CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL COLISIONAR LA MOTO QUE CONDUCIA CONTRA UN CARRO, SUFRIENDO MULTIPLES TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. ES TRAIDA POR AMBULANCIA. REFIERE DOLOR EN REJA COSTAL IZQUIERDA.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.02.06-20:39:35>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) H.U. 42864

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: Niega * FUR: NO RECUERDA, NO PLANIFICA.**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/72 **FC**: 81 **FR**: 20 **T**: 36. **SO2**: 0 **PESO**:53 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA(X) OBNUBILADO( ) ESTUPOROSO( ) COMA( ) **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

CONTUSION Y DOLOR EN COLUMNA CERVICAL. Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

CONTUSION Y DOLOR EN REJA COSTAL IZQUIERDA. Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

CONTUSION SUPERFICIAL EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, a la palpacion blando depresible no signos de irritacion peritoneal, no masas ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

CONTUSION SUPERFICIAL EN RODILLA IZQUIERDA, SIN DEFORMIDADES, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1075320710 ADMISION N : 42864

NOMBRE:SANCHEZ PUENTES LINDA ARANZAZU **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.07.17 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA14 NO 21 63 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3183578960 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 06/02/2018 20:33

PIEL

ABRASIONES SUPERFICIALES EN ANTEBRAZO DERECHO Y RODILLA IZQUIERDA

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S108 TRAUMA DE COLUMNA CERVICAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S202 TRAUMA DE REJA COSTAL IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.06-20:39:37>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42864

*** PLAN ***

PACIENTE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS. SE ORDENA ANALGESIA AHORA, CURACION DE ABRASIONES Y TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM AHORA

-EN SALA DE CURACIONES: REALIZAR CURACION DE ABRASIONES CON TECNICA ASEPTICA.
-APLICAR ANALGESIA INDICADA
-PASAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMAGENES
-REVALORAR CON RESULTADOS

--->><<18.02.06-21:15:17>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42864

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES SOLICITADAS LAS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LIMITES NORMALES.

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE COLUMNA CERVICAL NORMAL
RX DE REJA COSTAL IZQUIERDA NORMAL

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1075320710 ADMISION N_: 42864

NOMBRE:SANCHEZ PUENTES LINDA ARANZAZU **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.07.17 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U
DIRECCION: CRA14 NO 21 63 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3183578960 **ZONA**: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:
PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI
OBSERVACION _____ 06/02/2018 20:33

--->><<18.02.06-21:17:09>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42864
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO REALIZADO. POR MEJORIA DEL DOLOR SE ORDENA SALIDA. AL EGRESO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, FC 84 X MIN, TA 120/70 MMHG, RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES NORMALES, ABDOMEN NORMAL, EXTREMIDADES: MOVILES, ABRASIONES LIMPIAS. LLENADO CAPILAR 1 SEG.

*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:

APLICAR FRIO LOCAL.MANTENER REPOSO
RECONSULTAR EN CASO DE PRESENTAR DOLOR INTENSO, VOMITA TODO LO QUE COME, ORINA CON SANGRE, DISTENSION ABDOMINAL.
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 1 SEMANA DR. CUERVO (PEDIR CITA CON ANTELACION)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.02.06-21:17:27>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42864
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.06-21:17:16 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1075320710 ADMISION N : 42864

NOMBRE:SANCHEZ PUENTES LINDA ARANZAZU **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.07.17 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA14 NO 21 63 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3183578960 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 06/02/2018 20:33

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S108 CONTUSION DE COLUMNA CERVICAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S202 CONTUSION DE REJA COSTAL IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.02.06 **HORA**:21:17:1

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 3 DIAS

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 9851

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324)		EVENTO	1-9575	NEIVA, 5-Mar-2018	09:08:01
LA PREVISORA S.A.					
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: ARIZA GUTIERREZ ADRIANA M			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: ARIZA GUTIERREZ ADRIANA MARIA

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
36307798	ARIZA GUTIERREZ ADRIANA MARIA				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: ARIZA GUTIERREZ ADRIANA MARIA	AT1324139049643	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
08 MAR 2018
C.C.6

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldioser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 269.414

CARTERA

Resolución 01915 29 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14802 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N.I. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. GGU- 233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	36307798	ADRIANA	MARIA	ARIZA	GUTIERREZ
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cll 12 con cr 21 Zona [X] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 06 MAY 08 A las 14 30

Nombre IPS que atendió la victima CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA

NIT 800 110 181 - 9 Código de habilitación 4100 100 4601

Dirección cll 18 A 6 - 65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756141

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerante de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ana María Lobo

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

27

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14600

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	02	06

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: OQP 91E

No. DE POLIZA: 1 3 2 4 1 3 9 0 4 9 6 4 3

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Harold Mauricio Quesada Niño C.C. 1075250313 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cll 12 con cra 21 HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

09:55

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660-233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Adriana Maria

Ariza Gutierrez IDENTIFICADO CON C.C. No. 36307778 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SALUDLÁSER S.A.S NIT. 900.324.272-2 HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA 28492

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
6 Feb 2018	09+55	10+00	10+16	10+25	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Arriza	Gutierrez	Adriana Maria	36307798

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
26 Mar 1982	M F X	T.I.	C.E.		36.307.798	

RESIDENCIA ACTUAL Direccion: Cll 11 #22-22 Barrio: 20 Julio. Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: Colombia Telefono 317 674 9516

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Cll 12 cra 21 (B) Iro Mayo
Residencia / Via publica X / Comercio / Trabajo / Otros / Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora. POLIZA No 1390499643 Placa: OQP 99E
EPS-C: Comfamiliar EPS-S: Estudiantil / Prepagada / Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- X Accidente Tránsito
- Accidente Laboral
- Accidente Comun
- Terrorismo
- Lesion por agresión
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina, mayor de edad que iba como conductora de moto que colisiona con otra moto

Alergias: Niega

Medicamentos: Niega

Antecedentes Patalógicos: Niega

Ultimo Alimento: horas Embarazo No

Cirugias: Rodilla

EXAMEN FISICO TA: 130/86 FC: 83 FR 22 T: 37

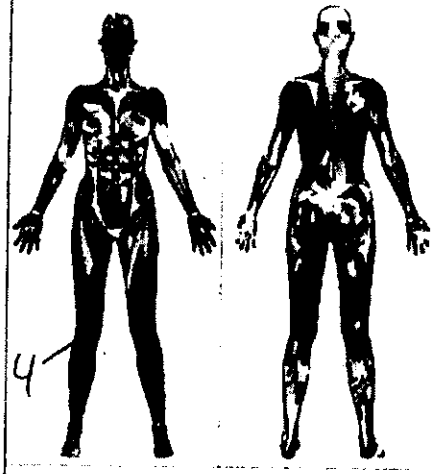
NEUROLÓGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M: (6) Ordenes 5 Localiza 4 Retira 3 Flexión anormal 2 Extension 1 No hay

R.V: (5) Orientada 4 Confusa 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 No hay

A.O: (4) Espontánea 3 Al llamado 2 Al dolor 1 No hay

TOTAL 15 /15



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE: 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: contusion Rodilla derecha

Traslado a: clinica de Fracturas y Ortopedia
Recibido por: Dra. Lobo
Se entrega Vivo X Muerto
Firma del Paciente

OBSERVACIONES: Movil 1.66 C233

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Elizabeth Tafur

Nombre Conductor: Harold Quesada

X

PREVISORA

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / TXTOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	99

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OQP99E	BAJAJ	BOXER CT 100

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE
DUZWGH34698	9FLA18AZ8JCK13385

No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FLA18AZ8JCK13385	2	0.00	

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2017 MES 12 DÍA 18
VIGENCIA DESDE: AÑO 2017 MES 12 DÍA 19
VIGENCIA HASTA: AÑO 2018 MES 12 DÍA 18

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CUELLAR CRUZ HERNANDO
TELÉFONO TOMADOR: 3107989797

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE VEHÍCULO	CIUDAD CIRCULA
CC	5714762	13	9762	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CL 69 1 81
CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA
REEMPLAZA PÓLIZA No.

AT1324
1308004130832000
4138049645

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 3678883
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

SMDLV 1 SMDLV 2 SMDLV 10
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

13904964 3

LLAME GRATIS AL 01 8000 910664

FORMA 0





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015233531

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OQP99E	BAJAJ	BOXER CT 100	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	CAPACIDAD PASAJ
99	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR	2

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	ANO	VIN
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	N	9FLA18AZ8JCK13385

NUMERO DE MOTOR	ANO	NUMERO DE CHASIS	ANO
DUZWGH34698	N	9FLA18AZ8JCK13385	N

NUMERO DE SERIE: 9FLA18AZ8JCK13385
IDENTIFICACIÓN: C.C. 5714762
PROPIETARIO (APELLIDOS Y NOMBRES): CUELLAR CRUZ HERNANDO

PREVISORA

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	99

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OQP99E	BAJAJ	BOXER CT 10(

No MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
DUZWGH34698	9FLA18AZ8JCK13385

No.VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.
9FLA18AZ8JCK13385	2	0.00

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

FECHA EXPEDICIÓN: 2017 12 18 DEL 2017 12 18 — 2018 12 18 DEL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CUELLAR CRUZ HERNANDO — TELÉFONO TOMADOR: 3107989797

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	5714762	13	9762	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CL 69 1 81 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: AT1324 — 1308004130832000

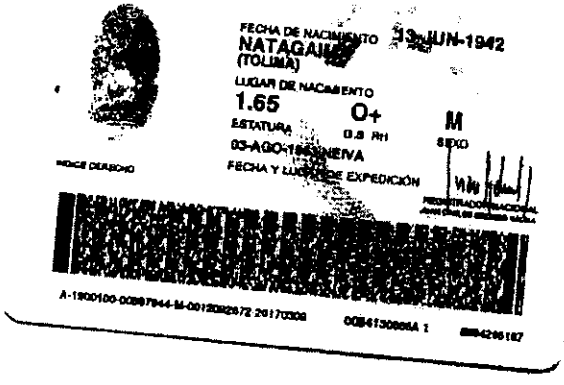
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 3676683
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

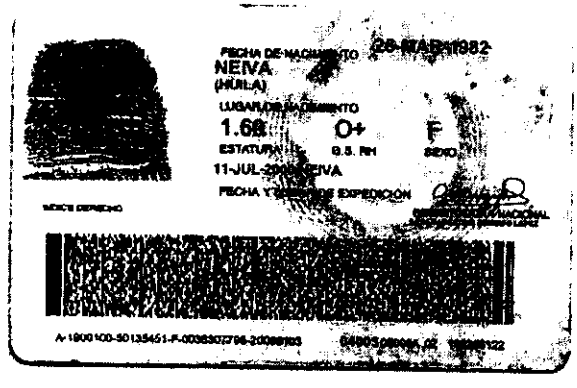
13904964 3

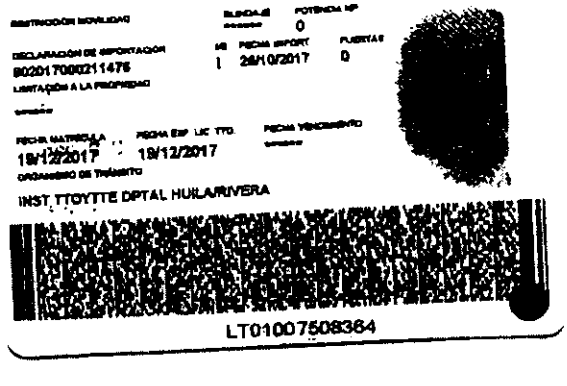
4139049649

LLAME GRATIS AL 01 8000 915944

FORMA







CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 42804

CC 36307798

NOMBRE:ARIZA GUTIERREZ ADRIANA MARIA **EDAD**: 35 A **F. NACI**:82.03.26 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 11 NO 22 22 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3178577829 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 06/02/2018 10:47

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OQP99E CUANDO COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIAD DE CONDUCTORA DE MOTOCICLETA AL COLISIONAR CON MOTOCICELTA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.02.06-10:51:52>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 42804

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 140/90 **FC**: 109 **FR**: 20 **T**: 37 **SO2**: 92 **PESO**:95 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA DOLOR EN PIERNA DERECHA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36307798 ADMISION N_: 42804

NOMBRE:ARIZA GUTIERREZ ADRIANA MARIA EDAD: 35 A F. NACI:82.03.26 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U
DIRECCION:CLL 11 NO 22 22 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3178577829 ZONA:U
OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 06/02/2018 10:47

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S801 CONTUSION DE PIERNA DERECHA

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.06-10:51:54>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42804
*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.02.06-11:53:45>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42804
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA FRACTURA

--->><<18.02.06-11:54:46>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42804
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. SE REALIZA CURACION, ANALGESIA Y TOMA DE RADIOGRAFIA DENTRO DEL LIMITE DE LA NORMALIADAD. EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36307798 ADMISION N_: 42804

NOMBRE:ARIZA GUTIERREZ ADRIANA MARIA **EDAD**: 35 A **F. NACI**:82.03.26 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U
DIRECCION:CLL 11 NO 22 22 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3178577829 **ZONA**:U
OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:
PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI
OBSERVACION _____ 06/02/2018 10:47

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA PRIORITARIA 07/02/18 09+30 HR
INCAPACIDAD MEDICA 2 DIAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

--->><<18.02.06-11:56:10>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42804
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

WINADINNE (ACETAMINOFEN 325 MG+CODEINA 8 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR ORTOPEDIA PRIORITARIA 07/02/18 09+30 HR

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

--->><<18.02.06-11:56:28>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 42804
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.06-11:56:13 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 42804

CC 36307798

NOMBRE: ARIZA GUTIERREZ ADRIANA MARIA **EDAD:** 35 A **F. NACI:** 82.03.26 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 11 NO 22 22 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3178577829 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 06/02/2018 10:47

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S801 CONTUSION DE PIERNA DERECHA

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.02.06 **HORA:** 11:56:1

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 2 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 9862

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324)		EVENTO	1-9586	NEIVA, 5-Mar-2018	09:53:54
LA PREVISORA S.A.					
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: SALAZAR RODRIGUEZ LINA MA			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075244342	SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA	at1324139987234	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
08 MAR 2018
C.C.G.

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 **PAG.** 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

FRANCISCO [illegible] SEACOL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260 414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | | 14762 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NL | Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No. HFY 370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1 [illegible] 7 4 4 3 9 8	Tina	Marcela	Salazar	Bonilla
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 6 con 37 Zona [X] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D D M M A A A A A las [illegible]

Nombre IPS que atendió la victima clinica de fracturas y ortopedia

NIT 800110181-4 Código de habilitación 410010046601

Dirección calle 18 · 6 - 65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756344

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Edgar Andres Obando B.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE PRESTO EL TRANSPORTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Edgar Andres Obando B.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
M. 665-2012 - Res. SST 533-2017

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14772

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	07	17

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: ORF 826

No. DE POLIZA: 13741394487734

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Javier Fernando Rodriguez C.C. 7727617 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 6 w C1137 HASTA: clinica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 05-55 a. Santo Ines

☒ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. HFY 370

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Lina marcela Calderon Rodriguez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075244342 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA

28919

FECHA | HORA DESPACHO | HORA LLEGADA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD

R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido | 2do apellido | Nombres | EDAD

FECHA NAC/O | SEXO M F | C.C. TI | R.C. C.E. | PAS | NUMERO

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio
Departamento | País | Teléfono

DIRECCION DE ATENCION | Residencia | Trabajo | REGIMEN DE SALUD | POLIZA No.
Vía pública | Otros | EPS
Contrario | Cual | Placa | Red

Estudiantil | Prepagada | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- Accidente Tránsito
- Accidente Laboral
- Accidente Común
- Terrorismo
- Lesion por agresion
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias:

Medicamentos:

Antecedentes Patalogicos

Ultimo Alimento | Horas | Embarazo

Fatigas

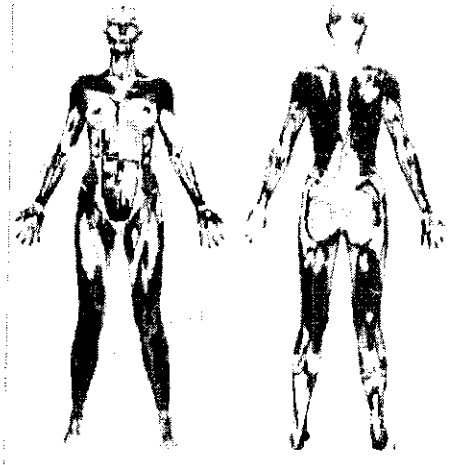
EXAMEN FISICO | TA | FC | FR | T | NEUROLOGICO | PUPILAS | D | mm | I | mm

R.M
6 Obedece
5 Localiza
4 Retira
3 Flexion Anormal
2 Extension
1 No hay

R.V
5 Orientada
4 Confusa
3 No Coherente
2 Incomprensible
1 No hay

A.O
4 Espontanea
3 Al llamado
2 Al dolor
1 No hay

TOTAL /15



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratory	10-29	30-34	35-9	1-5	0
Systolic BP	>89	76-89	50-75	1-49	0
GCS	13-15	9-12	6-8	4-5	3-4
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aspiracion
- Oxigenacion
- Intubacion
- Ventilacion
- RCP
- Hemostasia
- Inmovilizacion Miembros Sup.
- Inmovilizacion Miembros Inf.
- Inmovilizacion Cuerpo
- Monitoreo
- Liquidos E.V.
- Apertura
- Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA

Traslado a

Recibido por

Hora entrega | Vivo | Muerto | Edad | TAB

Firma del Paciente

Edgar Andrés Obando
Médico
C.C. 1075218065
R.M. 41666-12

OBSERVACIONES

Nombre del Médico | Nombre Auxiliar | Nombre Conductor

10

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELF: 6752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FECHA 12-02-2018. HORA 05:55

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Lina Marcela Salazar Rodriguez
IDENTIFICACION 1075 244 342.
DIRECCIÓN Cll 5N# 4W-09. TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR 3103292869
CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [ ] PEATON [ ] OCUPANTE [b]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Yamaha Placa KQX 05D.
Poliza No. 362x9265-3 Aseguradora Estado

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Ocupante de moto que colisiona con un taxi.

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Taxi.

En micondición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT.
Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C 1075 244 824.

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE		HASTA		
2017	05	16	2017	DEL	2018	DEL	16

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: BLANCO DURAN WALTER — TELÉFONO RESIDENCIA: 3103292869

TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTO	CLAVE EXPEDIDOR
CC	9434207	61	83048001	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 51 NO 4W 09 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 0 — AT 1329 36249265 3

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOS	PARTICULAR	125

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2014	KQX06D	YAMAHA	YW125X - BWS

No. MOTOR	No. CHASIS O No. SERIE
E3M2E064456	9FKKE2012E2064456

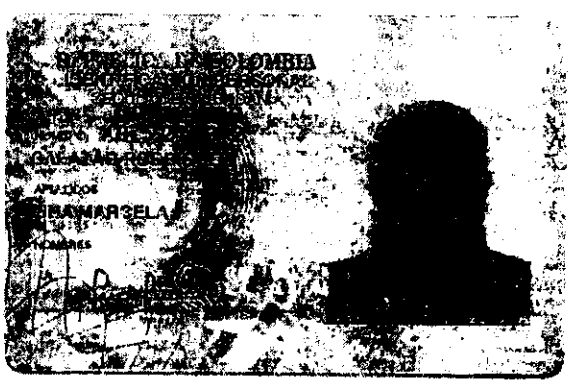
No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FKKE2012E2064456	2	0.00	420

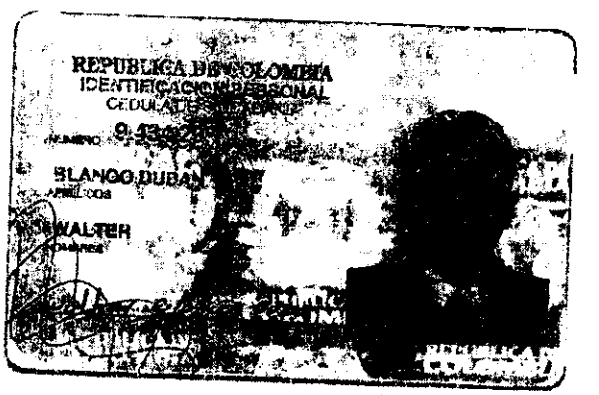
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN POSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEÚTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS

36249265 3

NIT 3[illegible] SUCURSAL-1
Calle 26 N0. 6[illegible] 17...
FIRMA AUTORIZADA





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10007327762

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KQX06D	YAMAHA	YW125X - BWS 125X	2014

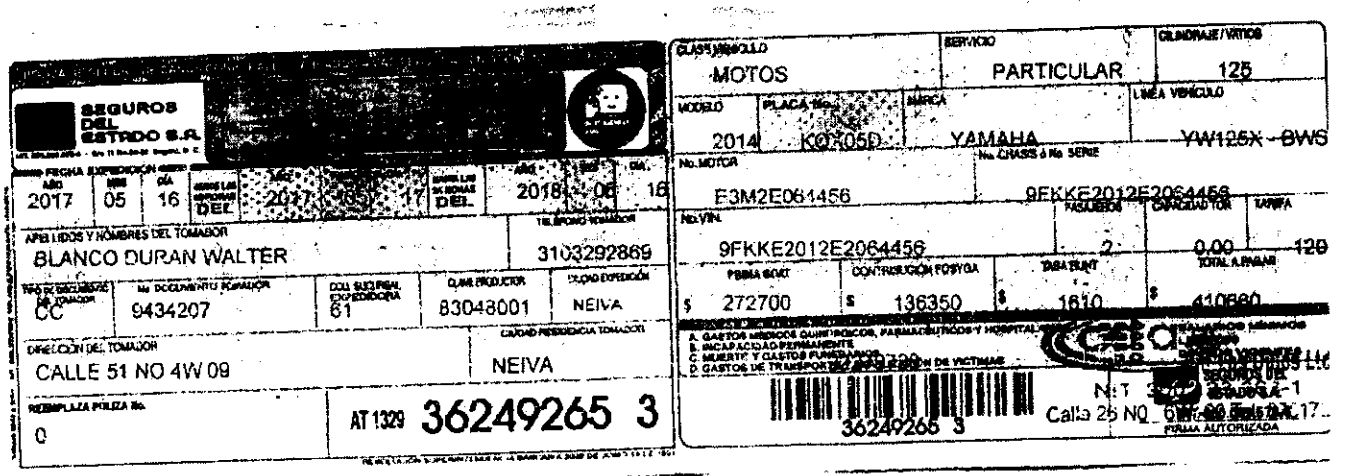
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	CAPACIDAD KgPSJ
125	NEGRO	PARTICULAR	2

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
E3M2E064456	N	9FKKE2012E2064456

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	R/D
	N	9FKKE2012E2064456	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES — IDENTIFICACIÓN
BLANCO DURAN WALTER — C. 9434207


SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2017 MES 05 DÍA 16 — DESDE LAS 24 HORAS DEL 2017 — HASTA LAS 24 HORAS DEL 17 — AÑO 2018 MES 05 DÍA 16

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: BLANCO DURAN WALTER — TELEFONO TOMADOR: 3103292869

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 9434207 — COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 61 — CLAVE PRODUCTOR: 83048001 — CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 51 NO 4W 09 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 0 — AT 1329 36249265 3

CLASE/MODELO: MOTOS — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE / VATIOS: 125

MODELO: 2014 — PLACA No.: KQT05D — MARCA: YAMAHA — LINEA VEHICULO: YW125X - BWS

No. MOTOR: E3M2E061456 — No. CHASIS o No. SERIE: 9FKKE2012E2064456

No. VIN: 9FKKE2012E2064456 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 120

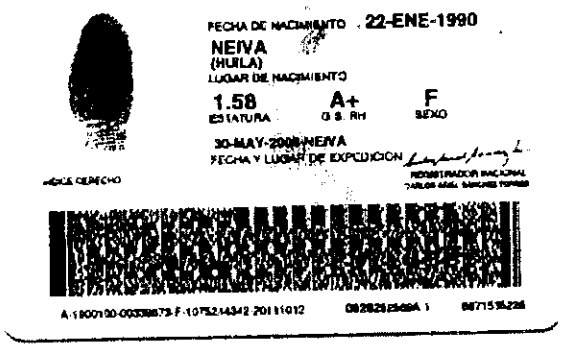
PRIMA ANUAL: $ 272700 — CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 136350 — TASA RUNT: $ 1610 — TOTAL A PAGAR: $ 410660

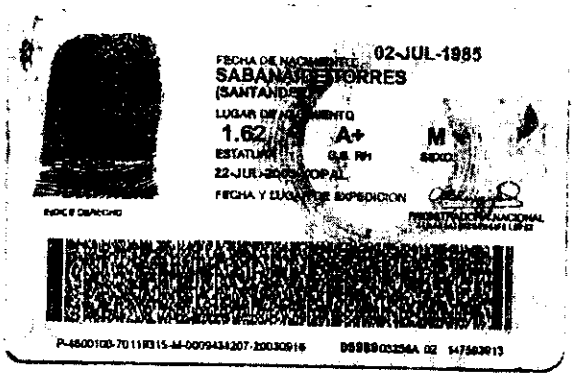
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

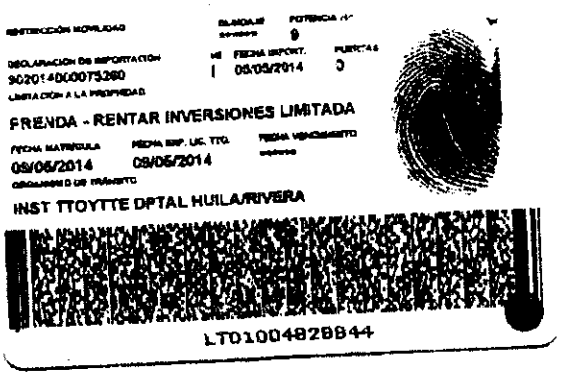
36249265 3

NIT [illegible] Calle 25 NO [illegible]

FIRMA AUTORIZADA


FECHA DE NACIMIENTO: 22-ENE-1990
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
30-MAY-2008 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO: 02-JUL-1985
SABANA DE TORRES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
22-JUL-2003 TOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902014000073260
FECHA IMPORT.: 05/05/2014
PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - RENTAR INVERSIONES LIMITADA
FECHA MATRÍCULA: 05/05/2014
FECHA IMP. LIC. TTO.: 05/05/2014
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT0100482884

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 43195

CC 1075244342

NOMBRE:SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA **EDAD**: 28 A **F. NACI**:90.01.22 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 51 NO 4 W 09 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3103292869 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 12/02/2018 06:28

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS KQX05D CUANDO COLISIONA CON UN TAXI Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO, CAUSANDOLE POLITRAUMATISMOS, AL PARECER SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, RECUERDA LOS HECHOS

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.02.12-06:35:51>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) H.U. 43195

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 20/01/2018

--->><<18.02.12-15:10:04>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 43262

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: CESAREA

ANESTESICOS: ANESTESIA RAQUIDEA

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--->><<2018.02.12-16:34:57>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 43262

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 12 /FEBRERO DEL 2018

SUTURAS HERIDAS EN PIERNA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE TOBILLO IZQUIERDO+ SUTURA DE HERIDA EN MENTON EL DIA 12 /FEBRERO DEL 2018

--->><<2018.02.12-16:35:37>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 43262

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 12 /FEBRERO DEL 2018

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43195

CC 1075244342

NOMBRE:SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA EDAD: 28 A F. NACI:90.01.22 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION:CLL 51 NO 4 W 09 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3103292869 ZONA:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION _____ 12/02/2018 06:28

SUTURAS HERIDAS EN PIERNA IZQUIERDA + REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE TOBILLO IZQUIERDO+ SUTURA DE HERIDA EN MENTON EL DIA 12 /FEBRERO DEL 2018

--->><18.02.12-18:47:54>>, (DR(A). AFF - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) I.H. 43273

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

RESUMEN DE SIGNOS

TA:137/83 FC:169 FR:19 T: 37 SO2: 98 PESO:85 TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, HERIDA EN MENTON DE 3 CM SUPERFICIAL CON SANGRADO ACTIVO, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado. DOLOR EN REGION ANTERIOR DEL TORAX, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, HERIDA DE 11 CM EN CARA ANTERIOR DEL A RODILLA IZQ CON SANGRADO ACTIVO PROPFUNDA, HERIDA DE 11 CM EN REGION TALAR DEL PIE IZQ TRANSVERSA PROFUNDA CON SANGRADO ACTIVO, DOLOR A LA MOVILIDAD Y EDEMA DEL TOBILLO IZQ Y RODILLA IZQ, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 43195

CC 1075244342

NOMBRE:SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA **EDAD**: 28 A **F. NACI**:90.01.22 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 51 NO 4 W 09 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3103292869 **ZONA**:U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 12/02/2018 06:28

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 TRAUMA DE LA RODILLA IZQ

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S900 TRAUMA DEL TOBILLO IZQ

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S202 TRAUMA CERRADO DEL TORAX

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
S810 HERIDA DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-4
S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.12-06:35:55>>, (DR(A). EAC - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43195

*** PLAN ***

PACIENTE POLITRAUMATIZADA CON TRAUMA DEL TORAX, CON HERIDAS COMPLEJAS EN RODILLA Y PIE IZQ, SE INDICA MANEJO MEDICO EN OBSERVACION TOMA DE RX Y SS VALORACION POR ORTOPEDIA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 4 BOLO 500 CC LUEGO A 100 CC/H
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 7 PARA DILUCIONES
DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 3 1 AMP IV CADA 8 H
CEFRADINA X 1GR AMP CANT: 4 1 GR IV CADA 6 HORAS

-OBSERVACION
-NADA VIA ORAL
-MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO EN ALTO
-PASAR A SALA DE RX
-CURACION DE LAS HERIDAS
-SS VALORACION POR ORTOPEDIA
-PROTOCOLO ANTICAIDAS
-CSV AC

--->><<18.02.12-06:36:34>>, (DR(A). EAC - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43195

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43195

CC 1075244342

NOMBRE:SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA **EDAD**: 28 A **F. NACI**:90.01.22 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 51 NO 4 W 09 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3103292869 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 12/02/2018 06:28

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

--->><<18.02.12-07:06:28>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43195
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 APLICAR IM

--->><<18.02.12-07:41:15>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43195
*** EVOLUCION ***

PACIENTE ALGICA POR LO QUE SE SOLICITA ANALGESIA DE RESCATE.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOL CLOR X 50 MG/1MLFARMIONI CANT: 2 100 MG SC DOSIS UNICA

--->><<18.02.12-07:50:23>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43195
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIAS
1. RODILLA IZQUERDA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA.
2. TOBILLO IZQUIERDO: SE EVIDENCIA LUXOFRACTURA DE TIBIA DISTAL
3. TORAX: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA, NO HEMOTORAX NI NEUMOTORAX

--->><<18.02.12-08:06:54>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43195
*** EVOLUCION ***

PACIENTE ALGICA APESAR DE MEDICACION DE RESCATE POR LO QUE SE CONSIDERA COLOCACION DE MORFINA IV.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

MORFINA CLORHIDRATO X 10 MGS/1ML CANT: 1 2 IV DOSIS UNICA LENTA Y DILUIDA

--->><<18.02.12-09:06:09>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 43195

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43195

CC 1075244342

NOMBRE:SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA **EDAD**: 28 A **F. NACI**:90.01.22 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 51 NO 4 W 09 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3103292869 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 12/02/2018 06:28

*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA Y TOBILLO IZQUIERDO , TRAUMA TORAX
AL EXAMEN FISICO PRESENTA DEFORMIDA EN CUELLO DE PIE IZQUIERDO CON HERIDA A NIVEL DE CALCANEO DE +/- 8 CM
HERIDA LASERATIVA EN CARA EXTERNA DE CUELLO DE PIE ,PULSOS PRESENTA BUENA PERFUSION DISTAL , HERIDA EN
RODILLA DE +/- 10 CM CON COMPROMISO DE TEJIDOS BLANDOS PROFUNDOS, DOLOR EN HEMITORAX CON BUENA VENTILACION
PULMONAR ,
RX DE TOBILLO FRACTURA LUXACION DE CUELLO DE PIE
RX DE RODILLA SIN ALTERACIONES
RX DE TORAX SIN ALTERALCIONES

PLAN
NADA VIA ORAL
PASAR ASALAS DE CIRUGIA

DIAGNOSTICOS
S800-TRAUMA DE LA RODILLA IZQ
S823-LUXO FRACTURA DE CUELLO DE PIE TIPO FRAC: ABIERTA GRADO FRAC: 2
S202-TRAUMA CERRADO DEL TORAX
S810-HERIDA DE LA RODILLA
S913-HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

--->><<18.02.12-13:46:50>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43195
*** EVOLUCION ***

SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2D18.02.12-13:46:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 TRAUMA DE LA RODILLA IZQ

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S823 LUXO FRACTURA DE CUELLO DE PIE

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S202 TRAUMA CERRADO DEL TORAX

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
S810 HERIDA DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO4
S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075244342 ADMISION N : 43195

NOMBRE:SALAZAR RODRIGUEZ LINA MARCELA EDAD: 28 A F. NACI:90.01.22 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 51 NO 4 W 09 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3103292869 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 12/02/2018 06:28

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: FECHA. 18.02.12 HORA: 13:46:4

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Arnyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 9876

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-9600	NEIVA, 5-Mar-2018	10:48:26
LA PREVISORA S.A.						
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: CUMBER VARGAS LEDIS			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: CUMBER VARGAS LEDIS

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
33751282	CUMBER VARGAS LEDIS				
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: CUMBER VARGAS LEDIS**	at1324137237984	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO LA PREVISORA 2017
08 MAR 2018
C.C.G

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO
FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

SALUDLASER S.A.
FRANCISCO
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldalaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14398 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si as persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N[X] Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. GGU-233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C	33751284	LEDIS		CUMBE	VARGAS
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección AV CIRCUNVALAR CON cll 10 Zona U[X] R[ ]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 2 d 0 7 A S O S A las H 0 8 M M

Nombre IPS que atendió la victima CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT 800 110 131 - 9 Código de habilitación 4100100466 01

Dirección cll 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756341

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15053

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	02	21

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: M A U 2 0 C

No. DE POLIZA: 1 3 2 4 1 3 7 2 3 7 9 8 4

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Harold Mauricio Quesada Niño C.C. 1075250395 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: AV. CIRCUNVALAR CON CLL 10 HASTA: CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA

09:30

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR LEDIS CUMBE VARGAS IDENTIFICADO CON C.C. No. 33.751 282 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT: 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlaser S.A.S. NIT 900 324 272-2 — HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA — 29044

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
21 02 18	07 30	09 34	10:06	10 11	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

cumber (1er apellido) | vargas (2do apellido) | leidis (Nombres) | 33751282

FECHA NA/TO: 27 10 85 | SEXO: M [ ] F [1] | C.C. [1] | T.I. [ ] | R.C. [ ] | C.E. [ ] | PAS. [ ] | NUMERO: 33751282 | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: cr 39 # 21-51 sur | Barrio: limonar | Municipio: neiva | Departamento: huila | Pais: colombia | Telefono: 3184070267

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Av circunv cl 10 — Residencia [ ] Via publica [1] Comercio [ ] Trabajo [ ] Otros [ ] Cual: | ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora | POLIZA No.: 1324-13723784 | EPS-C: Sanidad militar | EPS-S [ ] | Placa: MAU 20C | Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- [X] Accidente Tránsito
- [ ] Accidente Laboral
- [ ] Accidente Comun
- [ ] Terrorismo
- [ ] Lesion por agresiòn
- [ ] Enfermedad General
- [ ] Catástrofe
- [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Pte fue iba como conductora de moto y otra moto la golpea

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patològicos: NO

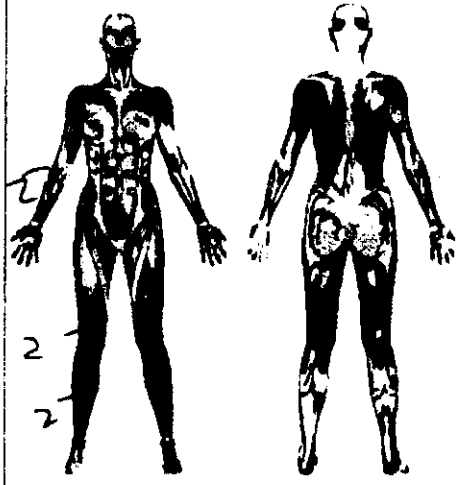
Ultimo Alimento: NO horas — Embarazo: —

Cirugias:

EXAMEN FISICO — TA: 120/70 FC: 81 FR: 16 T: —

NEUROLÒGICO — PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexiòn anormal	1 No hay		
R.V:	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	4 Espontánea	2 Al dolor	TOTAL 15/15		
	3 Al llamado	1 No hay			



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	~~10-29~~ 4	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
PA sistólica	>89 4	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	13-15 4	9-12 3	6-8 2	4-5 1	3 0

PROCEDIMIENTOS

[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiraciòn	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V.
[ ]	Oxigenaciòn	[ ]	Inmovilizacion MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilizacion Msls	[ ]	Otro:
[ ]	Ventilaciòn	[ ]	Inmovilizacion Total	[ ]	

IMPRESION DIAGNOSTICA: 5 contusiones

Traslado a: Clinica Fracturas
Recibido por: Dra Ana Maria
Se entrega — Vivo [X] Muerto [ ]
Firma del Paciente

Dra. Ana María Lobo — Médico General

Tipo unidad — TAN — TAB

OBSERVACIONES: Nov 1: 660233

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Javier Yasno F

Nombre Conductor: Harol Fuenzalida

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 21-02-18 HORA 09:30

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Ledis Cumber Vargas

IDENTIFICACION 37751282

DIRECCIÓN CR 39 #21-51 SUR TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3184070267

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo MOTO Marca DISCOVERY Placa MAU 20C

Poliza No. 1324-137237987 Aseguradora PREVISORA

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Pte que iba como conductora de moto y otra moto la golpeo haciendola caer

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: MOTO NEGRA BEST

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Ledis cumber vargas

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

37751282

C.C

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

		AÑO	MES / DIA
		2013	09
		TELEFONO TOMADOR	3184070267
	AÑO MODELO	CLASE VEHICULO	CIUDAD EXPEDICION
		1976	NEIVA
		CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR	NEIVA
	AT1324	1308004111230000	

CLASE VEHICULO	MOTOCICLETA	SERVICIO	PARTICULAR	CILINDRAJE / VATIOS	94
MODELO	2012	PLACA No.	MAU20C	MARCA	AUTECO
LINEA VEHICULO	BAJAJ DISCOV				
No. MOTOR	JBMBUB50338	No. CHASIS ó No. SERIE	9FLPAC1Z3CCH05194		
NIV/VIN	9FLPAC1Z3CCH05194	PASAJEROS	2	CAPACIDAD TON	0.00
TARIFA	1				
PRIMA SOAT	203100	CONTRIBUCION FOSYGA	$ 101550	TASA RUNT	$ 1800
TOTAL A PAGAR	$ 306450				

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y ... 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

13723798 4

LLAME GRATIS AL 01 8000 910564

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA 00



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10002384933

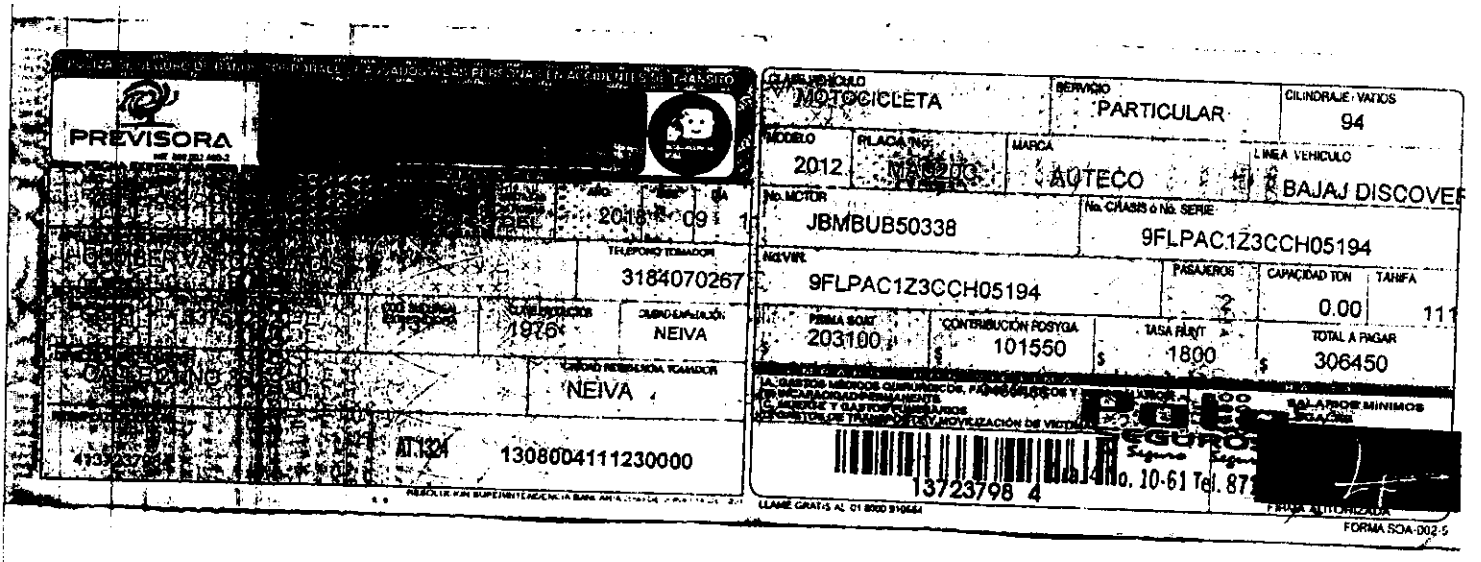
PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
MAU20C	BAJAJ	DISCOVER 100	2012
CILINDRADA CC	COLOR		SERVICIO
94	AZUL ANTARTICA		PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/P/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
JBMBUB50338	N	9FLPAC1Z3CCH06184	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9FLPAC1Z3CCH05194	N	9FLPAC1Z3CCH05194	N

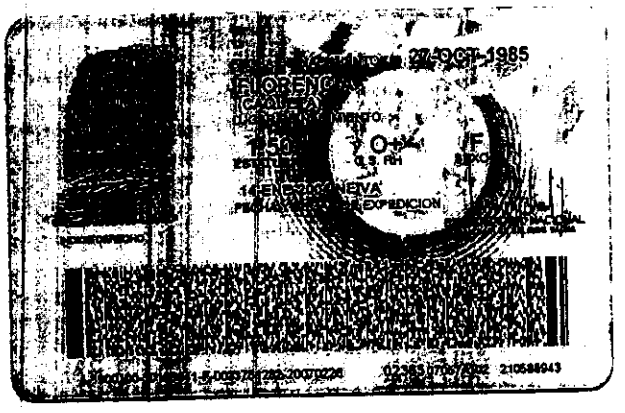
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

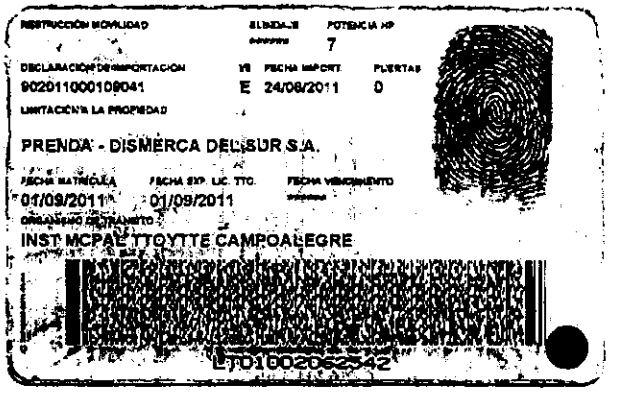
ZAPATA CAMPO JHON JAIRO

IDENTIFICACIÓN

C.C. 79894018


PREVISORA
MOTOCICLETA
PARTICULAR
94
2012
AUTECO
BAJAJ DISCOVER
JBMBUB50338
9FLPAC1Z3CCH05194
9FLPAC1Z3CCH05194
2
0.00
203100
101550
1800
306450
3184070267
1976
NEIVA
NEIVA
1308004111230000
13723798 4
FORMA SOA-002-5


27-OCT-1985
NEIVA
EXPEDICION


7
E 24/08/2011
PRENDA - DISMERCA DEL SUR S.A.
01/09/2011
01/09/2011
INST MCPAL TTO YTTE CAMPOALEGRE

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 33751282 ADMISION N_: 43916

NOMBRE: CUMBER VARGAS LEDIS **EDAD:** 32 A **F. NACI:** 85.10.27 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 39 NO 21 51 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3184070267 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÐANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 21/02/2018 10:20

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DEE CONDUCTORA DE LA MOTO DE PLACAS MAU20C QUE AL COLISIONAR CON OTRA MOTO SUFREN LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTORA AL COLISIONAR CON MOTO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.02.21-10:25:37>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 43916

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: TRAMADOL* FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 143/79 **FC:** 105 **FR:** 22 **T:** 37 **SO2:** 99 **PESO:** 68 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA DOLOR EN RODILLA DERECHA, ABRASIONES EN RODILLA Y PIERNA DERECHA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 33751282 ADMISION N_: 43916

NOMBRE:CUMBER VARGAS LEDIS **EDAD**: 32 A **F. NACI**:85.10.27 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U
DIRECCION:CR 39 NO 21 51 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3184070267 **ZONA**:U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:
PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI
OBSERVACION 21/02/2018 10:20

PIEL
De aspecto normal.
FANERAS
De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 CONTUSION DE LA RODILLA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.21-10:25:38>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43916
*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.02.21-11:20:41>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43916
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGEN

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA

--->><<18.02.21-11:21:35>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43916
*** EVOLUCION ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 33751282 ADMISION N_: 43916

NOMBRE:CUMBER VARGAS LEDIS **EDAD**: 32 A **F. NACI**:85.10.27 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CR 39 NO 21 51 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3184070267 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 21/02/2018 10:20

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. SE REALIZA CURACION, ANALGESIA Y TOMA DE RADIOGRAFIA DENTRO DEL LIMITE DE LA NORMALIDAD. EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA ABIERTO
INCAPACIDAD MEDICA 5 DIAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

--->><<18.02.21-11:24:44>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43916
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

WINADINNE (ACETAMINOFEN 325 MG+CODEINA 8 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

COMPRAR SULFADIAZINA DE PLATA CREMA 2%, APLCIAR 3 VECES AL DIA CUANDO ESTE EN PROCESO DE CICATRIZACION

** OTROS:

--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR ORTOPEDIA ABIERTA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

--->><<18.02.21-11:25:01>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43916
*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 33751282 ADMISION N : 43916

NOMBRE:CUMBER VARGAS LEDIS **EDAD**: 32 A **F. NACI**:85.10.27 **SEXO**: F **ESTRATO**: 1 **EC**: U

DIRECCION: CR 39 NO 21 51 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3184070267 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 21/02/2018 10:20

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.21-11:24:46 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S810 HERIDA DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.02.21 **HORA**: 11:24:4

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 5 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1098767678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10097

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324) LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-9817	NEIVA,26-Mar-2018	09:17:30
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: PERDOMO QUESADA SANTIAGO			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: PERDOMO QUESADA SANTIAGO

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1080297869	PERDOMO QUESADA SANTIAGO				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2017 PACIENTE: PERDOMO QUESADA SANTIAGO	AT1324136159133	1.0	245,900	245,900

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
27 MAR 2019
C.C.G

SON: DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	245,900	1.00	245,900	245,900

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 **PAG. 1**

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 245.900

CARTERA

Resolución 01915 de 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14161 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No. NUU 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. [X] R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	RC	10802.97869	Santiago		Perdomo	Quesada
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita le movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 6 con Cll 40 Granjas Zona [X] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 4 M 0 8 A 0 4 7 A las 1 8 M 0 0

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de Fracturas y ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4100100466 01

Dirección Cll 18 H 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información consignada en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

64

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

13848

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 17 MES 12 DIA 04

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO JMW31C

No. DE POLIZA 13241361591

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Diego Alexander Ceron C.C. 1075223219 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 6 con cll 40 B/ Granjas HASTA: Clinica de Fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora 11:47

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUU 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Santiago Perdomo Quesada IDENTIFICADO CON C.C. No. 1080297869 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SALUDLASER S.A.S NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA — 27612

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
04 DIC 2017	11:47	11:51	12:11	12:20	R X N V B

Perdomo (1er apellido) — Quesada (2do apellido) — Santiago (Nombres) — No. HISTORIA CLINICA: 1080297869

FECHA NA/TO: 24 oct 2016 — SEXO: M [X] F [ ] — C.C. [ ] T.I. [ ] R.C. [X] C.E. [ ] PAS. [ ] — NUMERO: 1080297869 — EDAD

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: cl 17 6B 7E-22 — Barrio: Combeima — Municipio: Neiva — Departamento: Huila — Pais: Colombia — Telefono: 3106087485

DIRECCIÓN DE ATENCION: cra 6 Con cl 140 Granjas — Residencia [ ] Via publica [X] Comercio [ ] Trabajo [ ] Otros [ ] Cual: — ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No: 1361513-3 — EPS-C: Emssalud [ ] EPS-S [ ] — Placa: JMW 31E — Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: [X] Accidente Tránsito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Comun [ ] Terrorismo [ ] Lesion por agresión [ ] Enfermedad General [ ] Catástrofe [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino menor de edad que iba como pasajero de moto que colisiona contra Un Colectivo — Alergias: NO — Medicamentos: NO

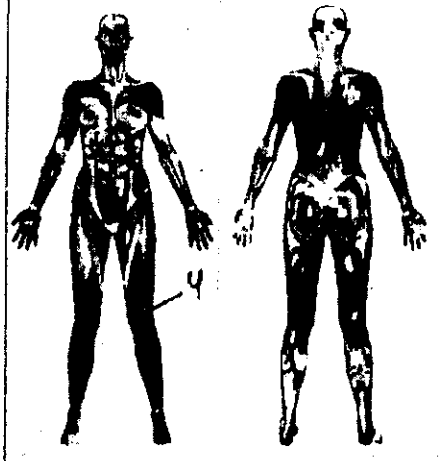
Antecedentes Patalógicos: NO

Ultimo Alimento: ___ horas — Embarazo: X

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO — TA: 93/55 FC: 92 FR: 20 T: 36.5 — NEUROLÓGICO — PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No hay		
R.V:	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	4 Espontánea	2 Al dolor	TOTAL	13 /15	
	3 Al llamado	1 No hay			



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(3)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiracion	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V.
[ ]	Oxigenacion	[ ]	Inmovilizacion MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilizacion MsIs	[ ]	Otro:
[ ]	Ventilación	[ ]	Inmovilizacion Total	[ ]	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Contusion en rodilla izquierda

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por: ORA. Ana María

Se entrega — Vivo [X] Muerto [ ]

Firma del Paciente

Tipo de unidad: TAB [X]

OBSERVACIONES: Houl NUU195

Nombre del Medico: — Nombre Auxiliar: BRAYAN ORTIZ — Nombre Conductor: Diego Ceron

PREVISORA

CORONADO COLLAZOS LILIA CONSTANZA 3107994917

CC 36179935 13 1378 NEIVA

CALLE 11 14A 44 PIRAMIDEZ PALERMO

4136159133

MOTOCICLETA PARTICULAR 113

PLACA No. 2018 JMW31E SUZUKI VIVA R COOL

No. MOTOR E482213005 No. CHASIS O No. SERIE 9FSBE4EN1JC148442

VIN 9FSBE4EN1JC148442 PASAJEROS 2 CAPACIDAD TON 0.00 TARIFA 121

PRIMA SOAT $ 272700 CONTRIBUCION FOSYGA $ 136350 TASA RUNT $ 1610 TOTAL A PAGAR $ 410660

13615913 3

ORIGINAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

PEREZ

SANYELLYS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

1.193.578.729
QUESADA CORONADO

AURA CRISTINA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014204299

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
JMW31E	SUZUKI	VIVA R 115 COOL	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
113	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
E482-213005	N	9FSBE4EN1JC148442

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
	N	9FSBE4EN1JC148442	N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES
CORONADO COLLAZOS LILIA CONSTANZA C.C. 36179935

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN: 2017 06 28

DESDE LAS 24 DEL 2017 06 29

HASTA LAS 24 DEL 2018 06 28

NOMBRES Y APELLIDOS DEL TOMADOR: CORONADO COLLAZOS LILIA CONSTANZA

3107994917

TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	36179935	13	1378	NEIVA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 11 14A 44 PIRAMIDEZ

CIUDAD RESIDENCIA: PALERMO

REMPLAZA PÓLIZA No: AT1324

1308004098977000

4136159133

MOTOCICLETA

PARTICULAR

113

PLACA No.: 2018 JMW31E

SUZUKI

VIVA R COOL

D482213005

9FSBE4EN1JC148442

9FSBE4EN1JC148442

2

0.00

121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES

B. INCAPACIDAD PERMANENTE 150

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS 10

13615913_3

FIRMA AUTORIZADA

[redacted]



FECHA DE NACIMIENTO: 21-JUL-1992

PALERMO (HUILA)

A+

O S RH

M

13-AGO-2010 PALERMO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO: 06-SEP-2000

PALERMO (HUILA)

06-SEP-2018

A+

F

17-SEP-2014 PALERMO

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: 8

POTENCIA HP

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 162017000008443

FECHA IMPORT: 23/06/2017

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA: 29/06/2017

FECHA EXP. LIC. TTO.: 29/06/2017

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT01007279371

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EPICRISIS

1080297869 - 15519

FECHA EMISION: 18.03.09
HORA: 17:13:31

ACIENTE: PERDOMO QUESADA SANTIAGO

XC.IDENT: RC 1080297869 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CLL 76 B NO 1 E 22
:HA.NACTO: 16.10.24 EDAD: 1 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3106087485
:T.CIVIL: UNION.LIBRE RH: A+

:RVICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 17.12.04 HORA DE INGRESO: 12:20
:RVICIO DE E:RESO: - FECHA DE EGRESO: HORA DE EGRESO:
ITIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

IAGNOSTICOS DE INGRESO
ONFIRMADO: T141 - ABRASIONES

ECHA: 17.12.04-12:30:35 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

**** MOTIVO DE LA CONSULTA ****
PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACA JMW31E CUANDO COLISIONAN CON OTRA MOTO PIERDEN EL CONTROL Y CAEN

**** ENFERMEDAD ACTUAL ****
NGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PASAJERO DE MOTOCICLETA AL COLISIONAR CON COLECTIVO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

**** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA ****
* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesquelatico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 100/70 FC: 120 FR: 20 TEMP: 37 PESO: 8 SATO2: 99 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

<<CABEZA>>
Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.
<<CUELLO>>
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.
<<TORAX>>
Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.
<<ABDOMEN>>
Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)
<<GENITOURINARIO>>
No verificado
<<PELVIS>>
Estable, no dolorosa a la palpacion.
<<DORSO / EXTREMIDADES>>
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. ABRASION EN RODILLA IZQUIERDA
<<NEUROLOGICO>>
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)
<<PIEL>>
De aspecto normal.
<<FANERAS>>

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

De aspecto normal.

ECHA: 17.12.04-12:30:39 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 4 CC DOSIS UNICA

PASAR A SALAS DE CURACIONES
CURACIONES DE ABRASIONES
ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
PREVENCION CAIDAS
REVALORAR
CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

ECHA: 17.12.04-13:36:52 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 ADMINISTRAR 5 CC VIA ORAL CADA HORAS SI REFIERE DOLOR

>> DE LA EVOLUCION
** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, NDICACIONES TERAPEUTICAS) ***
PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA TRANQUIO, SIN DOLRO, DEAMBULANDO, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDAICONES GENERALES.

ECHA: 17.12.04-13:37:00 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

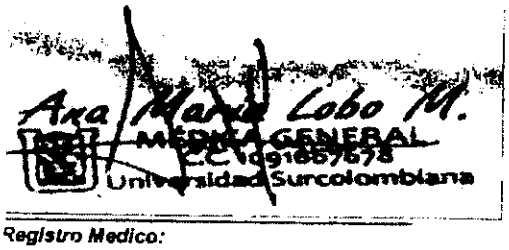
** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 17.12.04-13:36:56 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
NCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO



Registro Medico:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10103

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-9823	NEIVA,26-Mar-2018	09:27:55
LA PREVISORA S.A.			REGIMEN	Observaciones:		
CONTRATO/PLAN			OTRO REGIMEN	PACIENTE: RAMIREZ FLOREZ SANDRA ENI		
001	01 SOAT					

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: RAMIREZ FLOREZ SANDRA ENID

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
55172236	RAMIREZ FLOREZ SANDRA ENID				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2017 PACIENTE: RAMIREZ FLOREZ SANDRA ENID	AT1324137593374	1.0	245,900	245,900

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
27 MAR 2018
C.C.G

SON: DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	245,900	1.00	245,900	245,900

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

9

Soldoser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 245.900

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega [ ] 14114 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N.I. Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No. NVV 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	55172236	Sandra	Enid	Ramirez	Florez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 13 # 10-56. Zona [X] U [ ] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 07 MAR 2017 A las 0643

Nombre IPS que atendió la victima Clínica Fracturas y ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4100100466C1

Dirección Cll 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República, a quienes así acepto todas las medidas legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE COMISIONES DE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE COMISIONES DE IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE COMISIONES DE IPS

1091667672

FRANCISCO ANDRES ROJAS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZA EL TRASLADO

Total folios [ ]

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14036

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	17	12	17

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: MIS75

No. DE POLIZA: 13241375933741

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Vera Lozada C.C. 1075253271 DE Neiva H.U.G

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: CRA 13 # 10-56 HASTA: Clinica Fortis ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: OST 53

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Sandra Ovid Ramirez Florez IDENTIFICADO CON C.C. No. 55 172 236 DE Neiva H.U.G

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SALUDLASER S.A.S NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA — 27786

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
17 Dic 2017	05:53.	07:59	06:15	06:43	R X N V B

Ramirez (1er apellido) Florez (2do apellido) Sandra Enid (Nombres) — No. HISTORIA CLINICA: SS 172236

FECHA NACTO	SEXO						NUMERO	EDAD
14 Ago 1974	M ☐	F ☒	C.C. ☒	R.C. ☐	PAS. ☐		SS. 172.236	43.
			T.I. ☐	C.E. ☐				

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: cll 74 #27-27. Barrio: villa Cecilia. Municipio: Neiva. Departamento: Huila. Pais: Colombia. Telefono 313 2608403.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN — Cra 13 #10-56. Barrio Altico.

Residencia ☐ Trabajo ☐ Via publica ☒ Otros ☐ Comercio ☐ Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No. 13759337-4 — Placa: M1575

EPS-C: Comfamiliar ☐ — EPS-S ☐ — Estudiantil ☐ Prepagada ☐ Vinculado ☐

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

- ☒ Accidente Tránsito
- ☐ Accidente Laboral
- ☐ Accidente Comun
- ☐ Terrorismo
- ☐ Lesion por agresiòn
- ☐ Enfermedad General
- ☐ Catàstrofe
- ☐ Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina mayor de edad pasajera de moto que cae cuando pierde el control el conductor de la moto por un reductor de velocidad.

Alergias: Niega.

Medicamentos: Lozarten.

Antecedentes Patalógicos: Hipertensiòn - Diabetica.

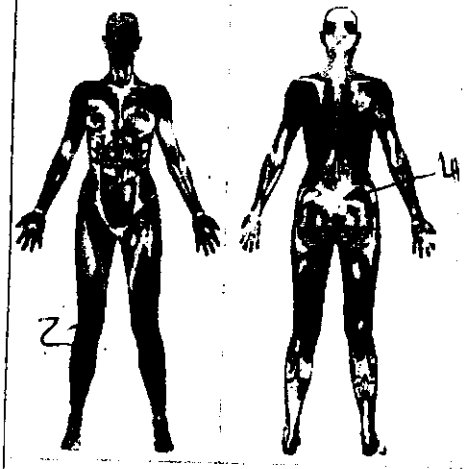
Ultimo Alimento: horas — Embarazo

Cirugias:

EXAMEN FISICO TA: 146/121 FC: 89 FR: 26 T:

NEUROLÒGICO — PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	(6)	Ordenes	4	Retira	2	Extension
	5	Localiza	3	Flexiòn anormal	1	No hay
R.V:	(5)	Orientada	3	Inapropiada	1	No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible		
A.O:	(4)	Espontànea	2	Al dolor	TOTAL	15/15
	3	Al llamado	1	No hay		



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistòlica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

☐ Collar Cervical	☐ RCCP	☒ Monitoreo	
☐ Aspiraciòn	☐ Hemostasia	☐ Liquidos I.V.	
☐ Oxigenaciòn	☐ Inmovilizacion MsSs	☒ Asepsia	
☐ Intubacion	☐ Inmovilizacion MsIs	☐ Otro:	
☐ Ventilaciòn	☐ Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Contusiòn en cadera lado derecho, abrasiòn en rodilla derecha.

Traslado a: Clinica de fracturas y Ortopedia

Recibido por: Dr Piraquive

Se entrega Vivo ☒ Muerto ☐ — Firma del Paciente

Tito Vladimir Polania Torres MEDICO Tipo sanguíneo - unidad — TAM — TAB

OBSERVACIONES Movil NUU 195

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Elizabeth Tafur

Nombre Conductor: Cristian peña

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 09 DIA 27

VIGENCIA: DESDE LAS 12 HORAS DEL AÑO 2017 MES 09 DIA 28 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 09 DIA 27

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CUBILLOS OSCAR EDUARDO — TELEFONO: 3203405055

TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL	CIUDAD	DEPTO
CC	12126292	13	1357	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 78 A NO 5 60 — NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4137593374

AT 1324

1308004114542000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE: 90 VATIOS

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
1998	MIS75	HONDA	C90

No. MOTOR: C90E2165554 — No. CHASIS o No. SERIE: 2165554

PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
2	0.00	111

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 800
INCAPACIDAD PERMANENTE 180
GASTOS FUNERARIOS 750
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 12
SALARIOS MINIMOS LEGALES

13759337 4

FIRMA AUTORIZADA

LICENCIA DE TRANSITO No. 02-41[illegible]4177

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES: GOMEZ BUSTOS PAULA

IDENTIFICACION TIPO X No. 36306648 — DE NEIVA

DIRECCION: CALLE 29 NO 15[illegible]

CIUDAD: NEIVA — TELEFONO: 8755425

CLASE DE TRAMITE: TRASPASO — ORGANISMO DE TRANSITO: NEIVA-PALERMO

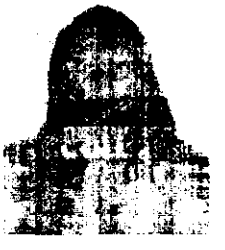
OBSERVACIONES: NO TIENE

FECHA EXPEDICION: DIA 8 MES 10 AÑO 2002

[illegible] Profesional Universitario

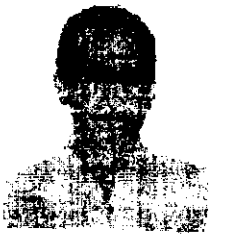
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

55.172.236
RAMIREZ FLOREZ
SANDRA ENID



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

12.126.292
CUBILLOS
OSCAR EDUARDO



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA
2017	09	27	DEL	2017	09	28	DEL	2018	09	27

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CUBILLOS OSCAR EDUARDO — TELEFONO TOMADOR: 3203405055

CLASE	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL CLASE DIRECCION	COD PRODUCTO	COD MUNICIPIO
CC	12126292	13	1357	NEIVA

DIRECCION TOMADOR: CALLE 78 A NO 5 60 — NEIVA

No. PLANILLA POLIZA No.		
4137593374	AT 1324	1308004114542000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE VATIOS: 90

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
1998	MIS75	HONDA	C90

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
C90E2165554	2165554

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
	2	0.00	111

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

AMPARO DE LESIONES CON VICTIMAS

	HASTA
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180
C. MUERTE, GASTOS FUNERARIOS	750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	10

13759337 4

FIRMA AUTORIZADA

FORMA UDA-002

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE
DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO
TERRESTRE AUTOMOTOR

LICENCIA DE TRANSITO No. 054177

PLACA UNICA	MARCA	LINEA	CILINDRAJE	MODELO
MIS75	HONDA	C-90E	90	1998

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA — COLOR: ROJO

SERVICIO: PARTICULAR — CARROCERIA TIPO: TURISMO — No. DE PUERTAS: 0

NUMERO DE MOTOR: C90E-2165554 — KILOMETRAJE: XXXXXXXX

NUMERO DE CHASIS: 2165554 — CAPACIDAD: 1 — PESO BRUTO VEHICULAR: 0

VR. FACTURA	VR. ACCESORIOS	VR. COMERCIAL
0.00	0.00	0

ANTICIPO	ACTO	SALDO
0.00	0	0.00

ACTA MANIFIESTO	NUMERO	FECHA MATRICULA
X	522765	CALI 6 1998

OBSERVACION: E

FECHA DE NACIMIENTO: 19-AGO-1974
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA — O+ G.S. RH — F SEXO
05-MAY-1993 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

FECHA DE NACIMIENTO: 08-SEP-1964
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA — O+ G.S. RH — M SEXO
15-DIC-1982 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EPICRISIS

55172236 - 15774

FECHA EMISION: 18.03.09
HORA: 17:50:16

CIENTE: RAMIREZ FLOREZ SANDRA ENID

:.IDENT: CC 55172236 SEXO: FEMENINO DIRECCION: CLL 47 # 27 27
A.NACTO: 74.08.19 EDAD: 43 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3132608403
.CIVIL: UNION.LIBRE RH: O+

:VICIO DE INGRESO:3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 17.12.17 HORA DE INGRESO: 06:43
:VICIO DE EGRESO: - FECHA DE EGRESO: . . HORA DE EGRESO:
IDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

.GNOSTICOS DE INGRESO
NFIRMADO: S800 - CONTUSION DE LA RODILLA DERECHA
_ACIONADO1: T141 - ABRASIONES
_ACIONADO2: I10X - HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPENSADA

:HA: 17.12.17-07:18:34 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO:
03 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

MOTIVO DE LA CONSULTA ***
\CIENTE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS MIS75 CUANDO PIERDEN EL CONTROL DE LA MISMA POR UN REDUCTOR DE VELOCIDAD
\USANDOSE LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL ***
GRESA PARRILLERA DE MOTO TRAIDA EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR
)LITRAUMATISMO SIN PRDIDA DE CONOCIMIENTO

HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA ***
intomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal:
posici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No
nifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

: 196/121 FC: 73 FR: 18 TEMP: 36 PESO: 82 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
ASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

CABEZA>>
beza normoconfigurada, sin aparentes lesiones extemas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones
arentes.
CUELLO>>
aquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.
TORAX>>
rax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin
breagregados.
ABDOMEN>>
ndo depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)
GENITOURINARIO>>
verificado
PELVIS>>
table, no dolorosa a la palpacion.
DORSO / EXTREMIDADES>>
aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASION Y DOLOR EN RODILLA DERECHA; ABRASION EN PIERNA
ERECHA; perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.
NEUROLOGICO>>
pilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)
PIEL>>

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

3ESIDAD MORBIDA
:FANERAS>>
: aspecto normal.

:HA: 17.12.17-07:18:36 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: -03 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

' SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS ***
ADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

' PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
JRACION, ANALGESIA E IMAGENOLOGIA
CLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA
)SARTAN 50 MGS RECIPE CANT: 2 ADMINISTRAR 2 (DOS) TABLETAS AHORA

EALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
.EVAR A IMAGENOLOGIA

:HA: 17.12.17-07:59:11 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. DICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)
' DE LA EVOLUCION
' DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, DICACIONES TERAPEUTICAS) ***
X RODILLA DER NORMAL

:HA: 17.12.17-07:59:22 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. DICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)
' DE LA EVOLUCION
' DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, IDICACIONES TERAPEUTICAS) ***
NALISIS-EGRESO
ACIENTE REVALORADO, EN EL MOMENTO ESTABLE, NO DISNEA, NO COMPROMISO HEMODINAMICO NI NEUROLOGICO CENTRAL, XTREMIDADES MOVILES, DEAMBULA SOLO, RX TOMADAS SIN ALTERACIONES OSTEOARTICULARES AGUDAS, POR LO CUAL SE INDICA GRESO CON TTO MEDICO AMBULATORIO, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

:HA: 17.12.17-07:59:56 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. :DICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

' PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
CETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 2 TABLETAS CADA 8 HORAS

:HA: 17.12.17-08:01:20 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075216065 - REG. :DICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

' PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
' OTROS:

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ECOMENDACIONES GENERALES---CURACIONES DIARIAS EN CASA CON ISODINE—APLICAR HIELO LOCAL POR 10 MINUTOS CADA 8 ORAS EN AREAS DOLOROSAS—CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN UNA SEMANA, DR CUERVO (PEDIR CITA CON ITELACION)

OTROS:

GNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS:--- ENROJECIMIENTO Y CALOR DE LAS HERIDAS--- SALIDA DE PUS DE LAS HERIDAS--- OLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON ANALGESICOS--- LIMITACION FUNCIONAL IMPORTANTE

HA: 17.12.17-08:01:35 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. DICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

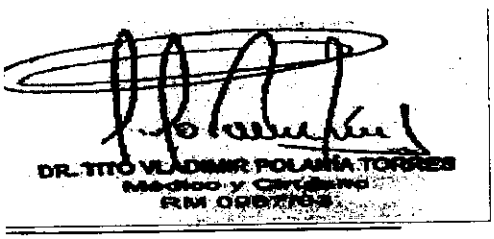
PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***

STINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

CHA-HORA DE EGRESO: 2017.12.17-08:01:24 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
CAPACIDAD: TRES (3) DIAS

AGNOSTICOS AL EGRESO		**TIPO**	**GRADO**
ONFIRMADO:	S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
LACIONADO 1:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		
LACIONADO 2:	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO



gistro Medico:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10195

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-9912	NEIVA, 3-Abr-2018	13:19:29
LA PREVISORA S.A.						
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: OSPINA GUZMAN CARLOS ANDR			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075278737	OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES	at1324137462485	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 ABR 2018
C.C.6

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldalaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 2141 de mayo de 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS FURTRAN

FECHA DE ENTREGA | | | | | | | | |

No. De Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG) | |

No. Radicado | |

RG | |

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es personal Natural diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre Empresa de Transporte especial Autorizada: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 4 1 0 0 1 0 1 2 0 9 0 1

Apellidos: | Nombres: |

Tipo de Documento: CC | CE | PA | TI | X

Número de Documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicalizada [ ]
Particular [ ] Público [ ] Oficial [ ] Diplomático o Consular [ ]
Vehículo de Transporte Masivo [ ] Vehículo Escolar [ ] Otro [ ]

En vehículo con placa: H F U 9 0 6

Dirección de la Empresa o persona que realiza el transporte: CALLE 18 No. 6-46

Teléfono o Celular: 8 7 5 2 2 3 1

Departamento: HUILA Cod. 4 1

Municipio: NEIVA Cod 0 0 1

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento Permitido: [X] CC | CE | PA | TI | RC | AS | MS

	Tipo	Número de Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1 0 7 5 2 7 8 7 3 7	CARLOS	ANDRES	OSPINA	GUZMAN
2						
3						
4						

Tipo de asegurador que realiza el traslado: Aseguradora [X] Entidad Territorial [ ] Entidad Nacional [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O LAS VICTIMAS

Dirección: CARRERA 31E CALLE 25 SUR

Departamento: HUILA Cod. 4 1 Zona: X

Municipio: NEIVA Cod. 0 0 1

IV. CERTIFICACION DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicios de Salud certifica que la Empresa de Transporte Especial o el vehículo Natural efectuó el traslado de la víctima el día:

El día: 2 8 0 1 2 0 1 8 a las 1 0 1 6

Nombre de la víctima atendida o trasladada: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOP

Nit: 8 0 0 1 1 0 1 8 1 - 9 Código de habilitación: 4 1 0 0 1 0 0 4 6 6 0 1

Dirección: CALLE 18 NUMERO 6- 65

Departamento: HUILA Cod. 4 1 Teléfono: 8 7 5 6 3 4 9

Municipio: NEIVA Cod. 0 0 1

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud declaro bajo la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Financiamiento que se administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fonsyga por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, asumo todas las consecuencias que produzca esta situación. Adicionalmente manifiesto que la reclamación aquí presentada no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las atenciones reclamadas.

Dra. Ana María Lobo
Médico General
R.M. 1091667678

ANA MARIA LOBO
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Ana María Lobo
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1.091.667.678
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL

SALUDLASER S.A.
FRANCISCO ANDRES ROJAS
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL QUE REALIZA EL TRANSPORTE

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15135

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 28

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: UK131C

No. DE POLIZA: 17241137 4678418 5

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jaiver Fernando Rodriguez C.C. 7727612 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Avc 51 con cra 26 SW HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: Hoc. C9+50 2 Inmovilizados

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Carlos Andres Oyuela Gomez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075278737 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlaser S.A.S. NIT [illegible] HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 29091

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
28 01 2018	09:57	10:03	10:05	10:16	R N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Ospina	Gomez	Carlos Andres	1075278737

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
12 03 1994	M [X] F [ ]	T.I. [ ]	C.E. [ ]	[ ]	1075278737	

RESIDENCIA ACTUAL Dirección: Cr 29 1A 11B-30 Barrio: Monserrate Municipio: Neiva
Departamento: Huila País: Colombia Telefono: 3209765527

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Cr 32E con Cl 6W B1 — Residencia [ ] Trabajo [ ] Vía publica [X] Otros [ ] Comercio [ ] Cual

ASEGURADORA RESPONSABLE: PREVISORA POLIZA No. 1374 13746248-5 EPS-C [ ] Placa: UKI31C EPS S [X] Colombia

Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- [X] Accidente Transito
- [ ] Accidente Laboral
- [ ] Accidente Comun
- [ ] Terrorismo
- [ ] Lesion por agresion
- [ ] Enfermedad General
- [ ] Catástrofe
- [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente que le movilizaba como conductor de moto Chopper de placas UKI31C, el cual colisiona con otro motociclista. El Paciente presenta mecanismo de Trauma S

Alergias: —

Medicamentos: —

Antecedentes Patalogicos: —

Ultimo Alimento: - horas Embarazo: 0

Cirugias: —

EXAMEN FISICO TA: 110/60 FC: 60' FR: 20' T: 36°

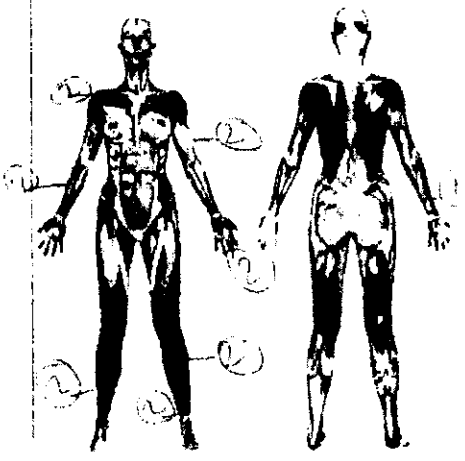
NEUROLÓGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M	6 Ordenes	5 Localiza	4 Retira	3 Flexion anormal	2 Extension / 1 No hay
R.V.	5 Orientada	4 Confusa	3 Inapropiada	2 Incomprensible	1 No hay
A.O	4 Espontanea	3 Al llamado	2 Al dolor	1 No hay	

TOTAL 15 /15

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29 (4)	>29 (3)	6-9 (2)	1-5 (1)	0
PA sistolica	>89 (4)	76-89 (3)	50-75 (2)	1-49 (1)	0
Glasgow	13-15 (4)	9-12 (3)	6-8 (2)	4-5 (1)	3 (0)



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

[ ] Collar Cervical	[ ] RCCP	[ ] Monitoreo
[ ] Aspiración	[ ] Hemostasia	[ ] Liquidos I.V
[ ] Oxigenación	[ ] Inmovilizacion MsSs	[ ] Asepsia
[ ] Intubacion	[ ] Inmovilizacion MsIs	[ ] Otro
[ ] Ventilacion	[ ] Inmovilizacion Total	

OBSERVACIONES: Movil HFU906

IMPRESION DIAGNOSTICA: Politrauma Abierto en MSTMT I. Cerrado + Hemotorax

Traslado a: Clinica de Fracturas y ortopedia

Recibido por: Dra Ana Maria Lopez — Médico General R.M. 7091663678

Se entrega Vivo [X] Muerto [ ]

Firma del Paciente

Tipo unidad: TAM / TAB

Nombre del Medico: [illegible]

Nombre Auxiliar: Nelson Ramirez

Nombre Conductor: Javier Fernando Rodriguez

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 10 # NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_20@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 20-02-2018 HORA 09:50

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Carlos Andres Ospina Gomez

IDENTIFICACION 1075278737

DIRECCION Cra 29 #19B-30 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3096765177

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Kymco Placa UKE 31C

Poliza No 3244248 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Usuario conducia moto de placas UKE 31C, el cual se estrella con otra motocicleta que venia de frente.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de transito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios

Carlos Andres

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C. 1075278737

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C.

7


PREVISORA

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA | SERVICIO: PARTICULAR | CILINDRAJE: 124

MODELO: 2014 | PLACA: UKI31C | MARCA: BAJAJ | LINEA VEHICULO: DISCOVER 125

No. MOTOR: JEZWDM81221 | No. CHASIS o No. SERIE: 9FLA37CZ3EAE20370

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES | TELEFONO TOMADOR: 3209876527

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC | No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075278787 | COD. SEGURIDAD: 13 | CLAVE PRODUCTOR: 1346 | CIUDAD EXPEDICION: NEIVA

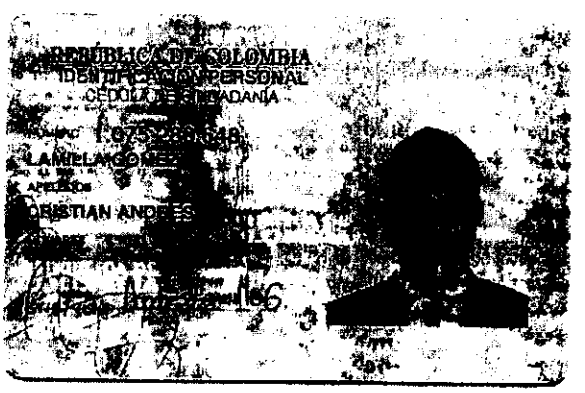
DIRECCION TOMADOR: CARRERA 20 NO. 12B-50 | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

No. VIN: 9FLA37CZ3EAE20370 | PASAJEROS: 2 | CAPACIDAD TON.: 0.00 | TARIFA: 12

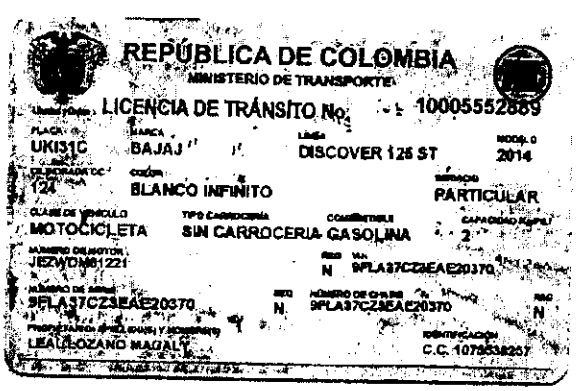
PRIMA SOAT: 272700 | CONTRIBUCION FOSYGA: 136350 | TASA RUNT: 1800 | TOTAL A PAGAR: 410850

13746248 5

FORMA SOA-008


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA




REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10005552869

PLACA: UKI31C | MARCA: BAJAJ | LINEA: DISCOVER 125 ST | MODELO: 2014

CILINDRADA CC: 124 | COLOR: BLANCO INFINITO | SERVICIO: PARTICULAR

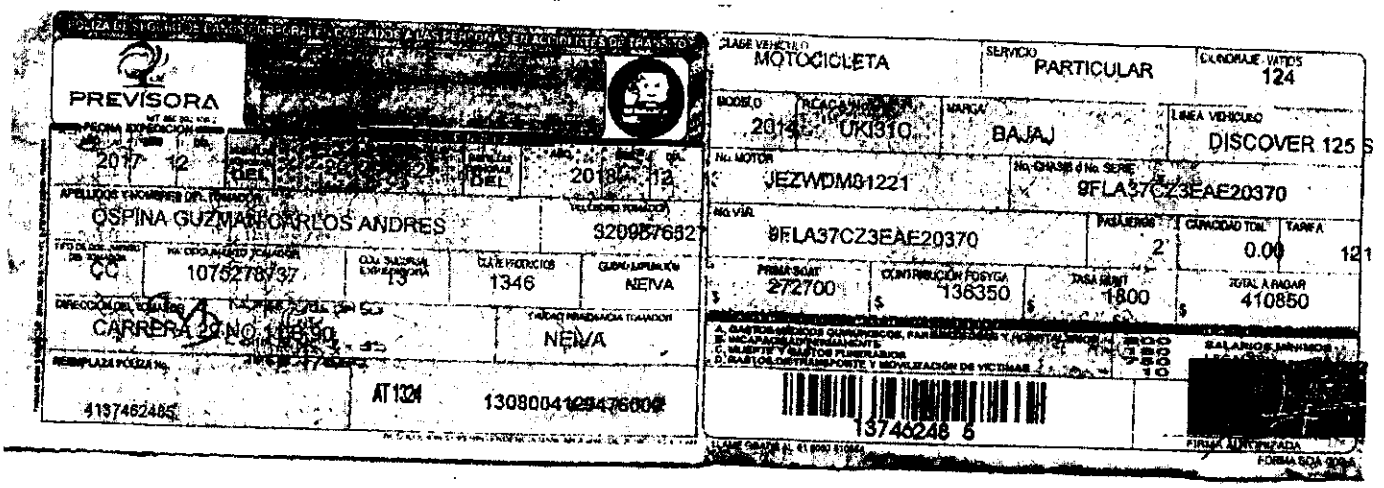
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA | TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA | COMBUSTIBLE: GASOLINA | CAPACIDAD PASAJ.: 2

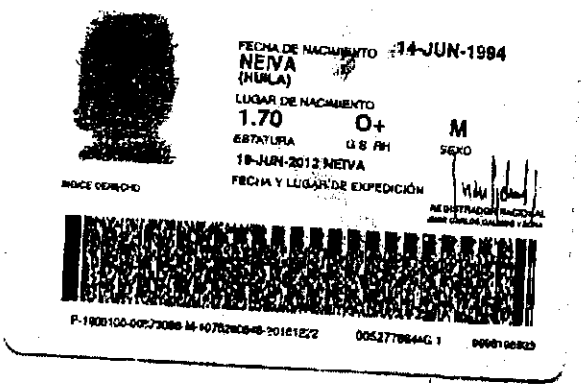
NUMERO DE MOTOR: JEZWDM81221 | REG: N | VIN: 9FLA37CZ3EAE20370

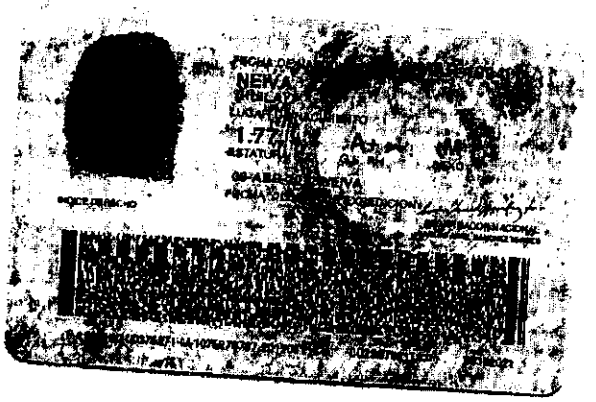
NUMERO DE SERIE: 9FLA37CZ3EAE20370 | REG: N | NUMERO DE CHASIS: 9FLA37CZ3EAE20370 | REG: N

PROPIETARIO (APELLIDOS Y NOMBRES): LEAL LOZANO MAGALY | IDENTIFICACION: C.C. 1075538257

6


PREVISORA
CLASE VEHICULO
MOTOCICLETA
SERVICIO
PARTICULAR
CILINDRAJE - VATIOS
124
MODELO
2014
MARCA
BAJAJ
LINEA VEHICULO
DISCOVER 125 S
No. MOTOR
JEZWDM81221
No. CHASIS o No. SERIE
9FLA37CZ3EAE20370
No. VIN
9FLA37CZ3EAE20370
PASAJEROS
2
CAPACIDAD TON.
0.00
TARIFA
121
PRIMA SOAT
272700
CONTRIBUCIÓN FOSYGA
136350
TASA RUNT
1800
TOTAL A PAGAR
410850
OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES
3209576821
CC
1075278737
1346
NEIVA
CARRERA 27 NO 11B-50
NEIVA
AT1324
4137462485
13746248 5
SALARIOS MINIMOS


FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1994
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
O+
M
ESTATURA
G.S RH
SEXO
18-JUN-2012 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO


NEIVA
1.77


A2
31/05/2013
PRENDA - ANTIOQUEÑO DEL HUILA E.U
15/06/2013
INST. TTO Y TTE DPTAL HUILA/RIVERA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44430

CC 1075278737

NOMBRE:OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.03.12 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CRA 29 NO 11 B 90 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3209676527 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 28/02/2018 10:19

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS UKI31C CUANDO COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICELTA AL COLISIONAR CON MOTOCICLETA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.02.28-10:28:38>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.C. 44430

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamantos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 134/87 **FC**: 79 **FR**: 18 **T**: 37 **SO2**: 99 **PESO**:70 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA ABRASIONES EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, RODILLA IZQUIERDO, PIERNAS BILATERAL. DOLOR EN HOMBRO, ANTEBRAZO Y RODILLA IZQUIERDO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075278737 ADMISION N : 44430

NOMBRE:OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.03.12 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 29 NO 11 B 90 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3209676527 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 28/02/2018 10:19

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S400 CONTUSION DEL HOMBRO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S501 CONTUSION DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUEIRDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.28-10:28:40>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44430
*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IV DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.02.28-11:37:44>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44430
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIAS:
1. HOMBRO IZQUIERDO: NO SE EVDENCIA FISURA NI FRACTURA

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075278737 ADMISION N_: 44430

NOMBRE: OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES **EDAD:** 23 A **F. NACI:** 94.03.12 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 29 NO 11 B 90 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3209676527 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 28/02/2018 10:19

2. ANTEBRAZO IZQUIERDO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
3. RODILA IZQUIERDA: NO SE EVIDENCIA FISURA N FRACTURA

--->><<18.02.28-11:39:09>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44430
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. SE REALIZA CURACION, ANALGESIA Y TOMA DE RADIOGRAFIA DENTRO DEL LIMITE DE LA NORMALIDAD. EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA ABIERTO
INCAPACIDAD MEDICA 2 DIAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

--->><<18.02.28-11:43:17>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44430
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

DOXO PLUS (HIDROCODONA BITARTRATO 10 MG/ NAPROXENO 250 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

CONTROL POR ORTOPEDIA ABIERTO

** ORDENES MEDICAS:

--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

--->><<18.02.28-11:43:46>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 -

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44430

CC 1075278737

NOMBRE:OSPINA GUZMAN CARLOS ANDRES **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.03.12 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 29 NO 11 B 90 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3209676527 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 28/02/2018 10:19

MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44430

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.28-11:43:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S400 CONTUSION DEL HOMBRO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S501 CONTUSION DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUEIRDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.02.28 **HORA**:11:43:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 2 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1081887678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 16 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10197

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-9914	NEIVA, 3-Abr-2018	13:22:25
LA PREVISORA S.A.						
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: BRAND SALAZAR JULIAN RICA			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: BRAND SALAZAR JULIAN RICARDO

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1004074897	BRAND SALAZAR JULIAN RICARDO				
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: BRAND SALAZAR JULIAN RICARDO**	at1324153156730	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 ABR 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

PAG. 1

SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ORTEGAS
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14998 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT X | Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No. GGU - 233 | Ambulancia Básica X | Ambulancia Medicada

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. | C.E. | P.A. | TI. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	T.I	1004074897	JULIAN	RICARDO	BRAND	SALAZAR
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización | Accidente de transito X | Evento Catastrofico | Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 19 con cll 19 | Zona U X | R

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 6 0 8 2 0 1 3 | A las 1 7 : 0 0

Nombre IPS que atendió la victima CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT 800 110 181 - 9 Código de habilitación 4 100 100 4365 01

Dirección cll 18 # 6 - 25

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

Diana Tafur

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diana Tafur

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1075266611

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

96

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15305

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 05

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO JLU87E

No. DE POLIZA 1324133156730

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) YEISON DIAZ MOSQUERA C.C. 1075211796 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: CR 19 CON CL 11 12:31 HASTA: CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 66U-233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR JULIAN RICARDO BRAND ALAZAR IDENTIFICADO CON C.C. No. TI 1004074817 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

29185

Saludlaser S.A.

FECHA

PRIORIDAD

R A N V B

FECHA NAC.

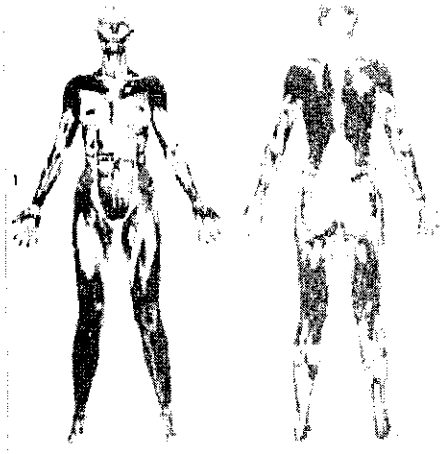
RESIDENCIA

DIRECCIÓN

CAUSA QUE

DATOS DE

EXAMEN



SÍNDROMES

Cardiovascular

Respiratorio

Digestivo

Urinario

Neurológico

OBSERVACIONES

Nombre del Médico

Dra. Ana María Lobo
Médico General
R.M. 3001

TAM

TAB

8

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 10 A NO 6-46 TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 05.03.18 HORA 17:31

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Edwin Ricardo Bernal Salazar

IDENTIFICACION 1004041977

DIRECCIÓN cll 18 # 4-206 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3108175032

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR( ) PEATON( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa JJO 81C

Poliza No 520073130020 Aseguradora previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: caputo de moto la cual la moto en la que iba el conductor pasó el reductor y se accidentaron.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1004041977

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1004074897
NOMBRES	JULIAN RICARDO
APELLIDOS	BRAND SALAZAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/05/2018 12:50:29	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se



PREVISORA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	No. MOTOR	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA	
2017	03	13	DEL	2017	03	14	DEL	2018	03	13	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: JORGE SANCHEZ ARLEIDY — TELEFONO TOMADOR: 3115142129

NRO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTO	CLAVE Y REFERENCIA
CC	52288304	13	2257	PITALITO

DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 30 SUR NO 25D 16 — CIUDAD Y REFERENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4133156730 — AT1324 — 308004087368000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	SOBREPESO / VARIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	113

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2017	JLU87E	SUZUKI	VIVA R STYLE

No. MOTOR: E482312406 — No. CHASIS O No. SERIE: 9FSBE4EN3HC144595

No. VIN: 9FSBE4EN3HC144595 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON.: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA NETA	CONTRIBUCION FONDA	IVA	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 210600	$ 410660

13316673 0 — Cra. 5 No. 19-71 B71 T800 — AUTORIZADA — FORMA 8OA-002

LLAMC GRATIS AL 01 8000 610864

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013808948

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
JLU87E	SUZUKI	VIVA R 115 STYLE	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	CAPACIDAD Kg/PSJ
113	NEGRO	PARTICULAR	2

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN	
E482-312406	N	9FSBE4EN3HC144595	

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	ADS
******	N	9FSBE4EN3HC144595	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACION
JORGE SANCHEZ ARLEIDY — C.C. 52288304



PREVISORA

2017	03	13	DEL	2017	03	14	DEL	2018	03	13			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: JORGE SANCHEZ ARLEIDY — 3115142129

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	CIU SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTO	TIPO ESPECIAL
CC	82288304	13	2257	PITALITO

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 30 SUR NO 25D 15 — NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No. 4103156730 — AT1324 — 1308004087368000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/MTOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	113

MODELO	PLACA	MARCA	LINEA VEHICULO
2017	JLU87E	SUZUKI	VIVA R STYLE

No. MOTOR: E462312406 — No. CHASIS o No. SERIE: 9FSBE4EN3HC144595

NO. VIN: 9FSBE4EN3HC144595

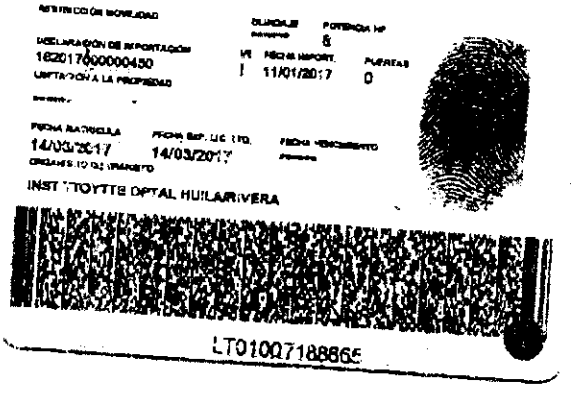
PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	PRIMA
2	0.00	121

PRIMA POLIZA	CONTRIBUCIÓN FONDO	IVA	TOTAL A PAGAR
$ 272780	$ 136350	$ 51610	$ 410660

133156730

SEGUROS — Línea Nacional 01 8000 871 7800

FORMA SOA-002



DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 182017000000450

CILINDRAJE: — POTENCIA HP: 8

FECHA MATRICULA: 14/03/2017 — FECHA EXP. LIC. TTO.: 14/03/2017 — FECHA VENCIMIENTO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007188665

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 44754

TI 1004074897

NOMBRE: BRAND SALAZAR JULIAN RICARDO **EDAD:** 17 A **F. NACI:** 00.05.10 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 18 NO 43 A 06 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3108195052 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 05/03/2018 12:58

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS JLU87E CUANDO EN UNA CUERVA PIERDEN EL CONTROL Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOROCICLETA AL PERDER EL CONTROL DE LA MISMA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.03.05-13:02:27>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 44754

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 146/104 **FC:** 75 **FR:** 22 **T:** 37 **SO2:** 99 **PESO:** 69 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. DOLOR EN RODILLA IZQUIERDO. ABRASIONES MULTIPLES EN ANTEBRAZO DERECHO, RODUILLA BILATERAL, PIERNA IZQUIERDA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44754

TI 1004074897

NOMBRE: BRAND SALAZAR JULIAN RICARDO **EDAD:** 17 A **F. NACI:** 00.05.10 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 18 NO 43 A 06 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3108195052 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 05/03/2018 12:58

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA	T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.05-13:02:30>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44754

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.03.05-14:16:53>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44754

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL NORMAL

--->><<18.03.05-14:19:25>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44754

*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORINETADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1004074897 ADMISION N : 44754

NOMBRE:BRAND SALAZAR JULIAN RICARDO **EDAD**: 17 A **F. NACI**:00.05.10 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 18 NO 43 A 06 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3106195052 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 05/03/2018 12:58

** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LOCAL
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR GARCIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS
CEFRADINA 500 MG CANT: 40 TOMAR 1 CADA 6 HORAS

--><<18.03.05-14:19:47>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44754
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.05-14:19:30 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA	T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.03.05 **HORA**: 14:19:3

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 10 DIAS

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10206

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
LA PREVISORA S.A.	860002400	(AT1324)	EVENTO	1-9923	NEIVA, 3-Abr-2018	13:42:11

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	Observaciones:
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: CHAMBO DELGADO BRAYAN STI

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: CHAMBO DELGADO BRAYAN STIVEN

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1003802428	CHAMBO DELGADO BRAYAN STIVEN				
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: CHAMBO DELGADO BRAYAN STIVEN**	at1324134534562	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 ABR 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18782005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 **PAG. 1**

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega [ ] 14986 No. Radicado [redacted]

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG [ ] [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento [C.C.] [C.E.] [P.A.] [T.I.] [NI] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NVV-195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [CC] [C.E.] [P.A.] [T.I.] [R.C.] [A.S.] [M.S]

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C	1003807428	BRAYAN	STIVEN	CHAMBO	OLGUIN
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cll 8 sur carrera 28 Zona [X] [R]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entided de Trasporte Especial o Persone Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 06 MAR 08 A las 11 30 M

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de fractura y ortopedia

NIT 800 110 131 - 9 Código de habilitación 4 100 100 466 01

Dirección cll 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756341

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Nombre Tatiana

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Firma Tatiana

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

NUIP 1083546611

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

108

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15090

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 01

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: DQB89C

No. DE POLIZA: 1324134534562

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Harold Mauricio Quesada Hinj C.C. 1075250395 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cll 8 sur con cr 28 HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

18:19

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUU - 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Brayan Stiven

Ciampo Delgado IDENTIFICADO CON C.C. No. 1003[illegible]2428 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

29173

FECHA

PROFUNDO

A N V B

FECHA NACI

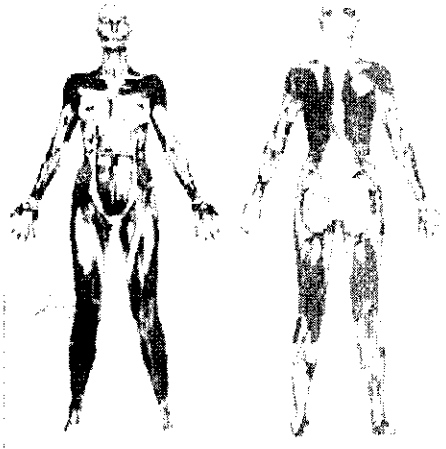
RESIDENCIA ACTUAL

DIRECCION DE ATEN

CAUSA QUE INICIO

DATOS DE LA LESION

EXAMEN



OBSERVACIONES

Nombre del Medico

Dr. Angelo Tovar
Médico Cirujano
C.C. 7726132 - R.M. 958

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 11 A No. 5 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 01.03.18 HORA 1840

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Brayan Steven Chamlo Delgado

IDENTIFICACION 1003805428

DIRECCION Cll 20 4 20-21 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR X PEATON OCUPANTE

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Suzuki Placa DZB 89C

Poliza No 13741345346 Aseguradora peatón

3 INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE conductor de moto el cual. resulta ser peatón y no conductor.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1003805428

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

7

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2017 | MES 07 | DÍA 18 | HORA DEL | VIGENCIA DESDE: AÑO 2017 | MES 07 | DÍA 11 | HORA DEL | HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2018 | MES 07 | DÍA 10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: TAMAYO DIAZ LINA CATHERINE

TELÉFONO TOMADOR: 3213373935

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	DEPARTAMENTO
CC	1079182542	13	1355	IQUIRA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 42 N 15 -46 BARRIO ACROPOLIS

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: CAMPOALEGRE

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4134534562

AT 1324 1308004100632000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2011	DQB89C	SUZUKI	BEST 125 MT 125(

No. MOTOR: F453TH676319

No. CHASIS & No. SERIE: 9FSBF45G8BC175752

No. VIN: 9FSBF45G8BC175752

PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	IVA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, [illegible] SERVICIOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

13453456 2

[redacted]

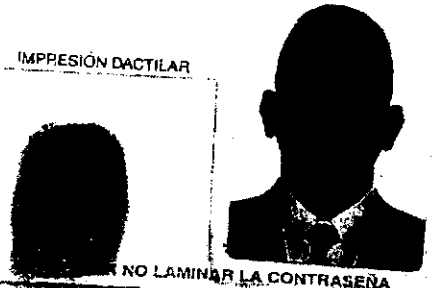
LLAME GRATIS AL 01 800 [illegible]

FORMA SOA-002-6

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

IMPRESIÓN DACTILAR



NO LAMINAR LA CONTRASEÑA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013481340

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
DQB89C	SUZUKI	BEST 125	2011

CILINDRADA DE	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD PASAJ.
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

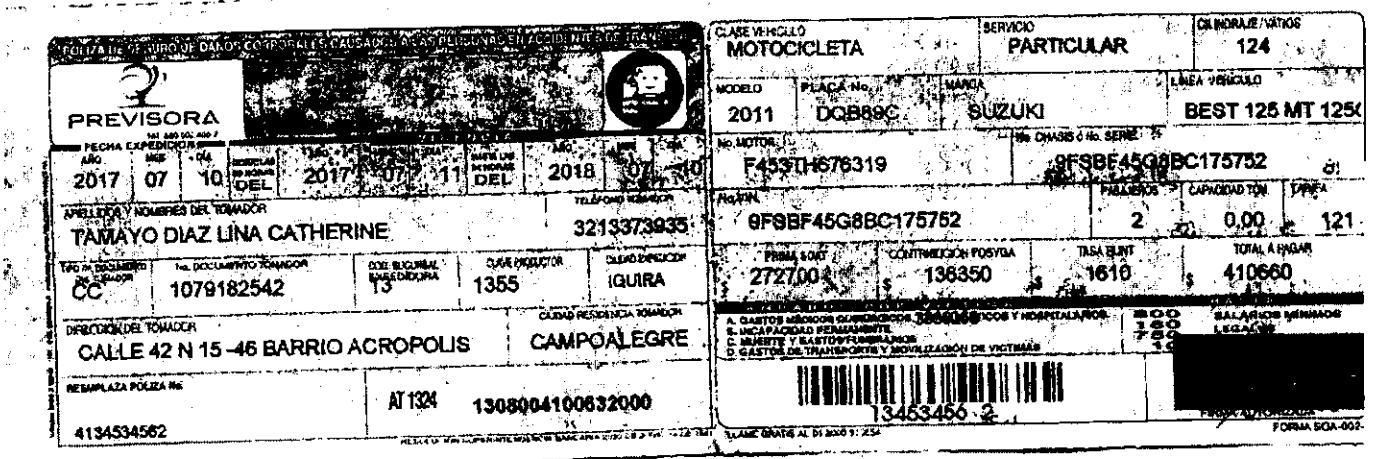
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
F453-TH676319	N	9FSBF45G8BC175752

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
	N	9FSBF45G8BC175752	N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): TAMAYO DIAZ LINA CATHERINE

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1079182542

6



PREVISORA

CLASE VEHICULO	MOTOCICLETA
SERVICIO	PARTICULAR
CILINDRAJE / VATIOS	124
MODELO	2011
PLACA No.	DQB89C
MARCA	SUZUKI
LINEA VEHICULO	BEST 125 MT 125(
No. MOTOR	F453TH676319
No. CHASIS ó No. SERIE	9FSBF45G8BC175752
No. VIN	9FSBF45G8BC175752
PASAJEROS	2
CAPACIDAD TON.	0,00
CILINDRA	121

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 | MES 07 | DIA 10 | DESDE LAS 24 HORAS DEL 2017 07 11 | HASTA LAS 24 HORAS DEL 2018 07 10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: TAMAYO DIAZ LINA CATHERINE | TELEFONO TOMADOR: 3213373935

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICION
CC	1079182542	13	1355	IQUIRA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 42 N 15 -46 BARRIO ACROPOLIS | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: CAMPOALEGRE

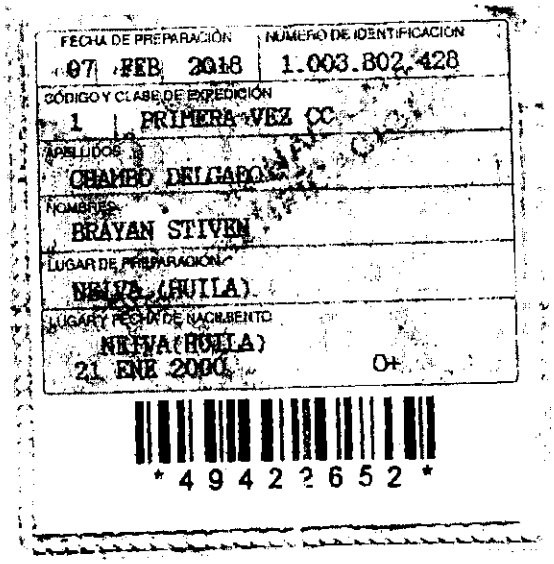
REEMPLAZA POLIZA No.: 4134534562 | AT 1324 | 1308004100632000

PRIMA $	CONTRIBUCION POSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
272700	136350	1610	410660

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, [illegible]COS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 150
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS: 12

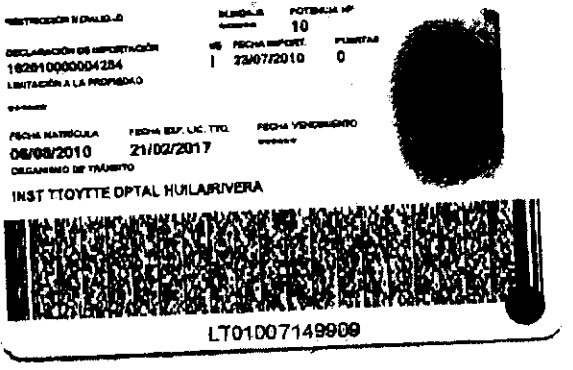
13463456 2

FORMA SOA-002-



FECHA DE PREPARACIÓN	07 FEB 2018
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1.003.802.428
CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN	1 PRIMERA VEZ CC
APELLIDOS	CHAMPO DELGADO
NOMBRES	BRAYAN STIVEN
LUGAR DE PREPARACIÓN	NEIVA (HUILA)
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	NEIVA (HUILA) 21 ENE 2000 O+

49422652



CILINDRAJE	10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN	10291000000425A
FECHA IMPORT.	23/07/2010
PUERTAS	0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD	
FECHA MATRÍCULA	06/08/2010
FECHA EXP. LIC. TTO.	21/02/2017
FECHA VENCIMIENTO	
ORGANISMO DE TRANSITO	INST TTOYTTE OPTAL HUILA/RIVERA

LT01007149909

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 44551

CC 1003802428

NOMBRE:CHAMBO DELGADO BRAYAN STIVEN **EDAD**: 18 A **F. NACI**:00.01.21 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 20 A SUR NO 20 21 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3124446589 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 01/03/2018 19:00

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS DQB89C CUANDO COLISIONA CON UN PEATON Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

NGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFIRO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA DERECHA

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesquelatico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.03.01-19:03:43>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 44551

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 110/68 **FC**: 61 **FR**: 18 **T**: 37 **SO2**: 98 **PESO**:60 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR, ABRASION Y EDEMA EN RODILLA DERECHA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1003802428 ADMISION N : 44551

NOMBRE:CHAMBO DELGADO BRAYAN STIVEN EDAD: 18 A F. NACI:00.01.21 SEXO:M ESTRATO:1 EC:S
DIRECCION: CLL 20 A SUR NO 20 21 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3124446589 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 01/03/2018 19:00

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 TRAUMA EN RODILLA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.01-19:03:45>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44551
*** PLAN ***

ANALGESIA
CURACION
SS RX

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 1 VIA ORAL AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

--->><<18.03.01-19:59:48>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44551
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE RODILLA DERECHA. SIN EVIDENCIA DE FRCATURAS.

--->><<18.03.01-20:00:43>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44551
*** EVOLUCION ***

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA IMAGENES ENCONTRÁNDOSE NORMALES PACIENTE PERCISTE CON LIMITACION POR LO CUAL SE CITA PARA VALORACION POR TRAUMATOLOGO MAÑANA EN EL MOMENTO ESTABLE, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** PLAN ***

SALIDA

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1003802428 ADMISION N : 44551

NOMBRE: CHAMBO DELGADO BRAYAN STIVEN **EDAD:** 18 A **F. NACI:** 00.01.21 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 20 A SUR NO 20 21 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3124446589 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 01/03/2018 19:00

--->><<18.03.01-20:03:15>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44551

*** PLAN ***

** OTROS:

SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO PRIORITARIO EL DIA 02/03 /2018 A LAS 9 AM CON TRAUMATOLOGIA

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 6

1--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.

2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.

3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO.

4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.

5-- REPOSO Y MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO

6---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS

--->><<18.03.01-20:03:37>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44551

*** PLAN ***

1

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.01-20:03:20 , ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S800 TRAUMA EN RODILLA DERECHA	T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.03.01 **HORA:** 20:03:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 8 DIAS

V

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1003802428 ADMISION N : 44551

NOMBRE: CHAMBO DELGADO BRAYAN STIVEN **EDAD:** 18 A **F. NACI:** 00.01.21 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 20 A SUR NO 20 21 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3124446589 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 01/03/2018 19:00

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10326

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10040	NEIVA,13-Abr-2018	10:59:13
LA PREVISORA S.A.						
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: MEDINA PERDOMO MARTHA NAN			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
31916405	MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY	at1324137450456	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
04 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005268195 por una vigencia de 18 meses : 04-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 269.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 15398 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No. HFU 906 Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido ~~C.C.~~ | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC 31916405	martha	nancy	molina	perdomo
2					
3					
4					

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección circunvalar, calle 21

Departamento Huila Cod. 41 Zona U R

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entided de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 07 08 2008 A las 17 H M

Nombre IPS que atendió la victima clinica de fracturas y ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4110010046601

Dirección calle 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8725349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ana M Lobo

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091660768

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15436

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 21

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO FTU74C

No. DE POLIZA 132473745045-6

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Trujillo C.C. 1075251683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Circunvalar calle 21 HASTA: clinica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora 16:30 O. remisión

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU406

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Martha Nancy Medina Perdomo IDENTIFICADO CON C.C. No. 31916405 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

1

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlasa S.A.S.

23004

FECHA | HORA OBSERVACIÓN | HORA SOLICITADA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD

R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido | Segundo apellido | Nombres

FECHA NAC. | SEXO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Barrio | Municipio | Departamento

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN | Teléfono | Zona | Placa | Estudiante | Pensionado | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINÓ LA ATENCIÓN | Accidente de Trabajo | Accidente de Tránsito | Accidente Rábico | Terrorismo | Lesión Autoinflingida | Intoxicación/Envenenamiento | Catástrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA DEL ACCIDENTE

EXAMEN FISICO | TA | FC | FR

1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aspiración
- Oxigenación
- Inmovilización
- Ventilación
- RCP
- Reanimación
- Intubación Oral
- Monitoreo
- Líquidos IV
- Asepsia
- Otro

OBSERVACIONES

Nombre del Medico | Nombre Auxiliar

GLASGOW: APERTURA OCULAR: 4 Espontánea, 3 A la voz, 2 Al dolor, 1 No hay | RESPUESTA VERBAL: 5 Orientada, 4 Confusa, 3 Inapropiada, 2 Incomprensible, 1 No hay | RESPUESTA MOTORA: 6 Obedece, 5 Localiza, 4 Retira, 3 Flexión anormal, 2 Extensión, 1 No hay | TOTAL /15

REVISED TRAUMA SCORE

IMPRESION DIAGNOSTICA

Tratamiento | Remitido por | Entrega | Vivo | Muerto | Destino del Paciente

Dra. Ana María Lobo Médico General R.M. 104...7678

TAM | TAB

Nombre Conductor

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT. 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 21-02-2019 HORA 16 30

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE martha nancy medina

IDENTIFICACION 31916405

DIRECCION cl 8 # 35-31 TELEFONO 8628200

TELEFONO CELULAR)

2. DATOS DEL VEHICULO

TIPO moto PLACA FTU 74C

MOTOR 1324-1374S0Y5-6 PROPIETARIO Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO DEL ACCIDENTE pte iba como conductor de moto y colisiono con una volqueta

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT. Adicionalmente, autorizo que la IPS Saludlaser realice mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no se genere ningún tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Martha nancy Medina

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

31916405

C.C.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C.

X

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA
2017	10	23	2017	10	24	2018	10	23

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY — 3108890468

TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	CIUDAD	DEPARTAMENTO
CC	31916405	1346	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 8 NO 35 - 3[illegible] — NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4137450456

MUNICIPIO DEL SIT 1224

1308004119057000

CLASE	SERVICIO	CILINDRAJE VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2011	FTU74C	SUZUKI	BEST 125

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
F453TH678162	9FSBF45GXBC177728

VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9FSBF45GXBC177728	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION PUESTA	RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MINIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	150	
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	10	

13745045 6

FIRMA AUTORIZADA

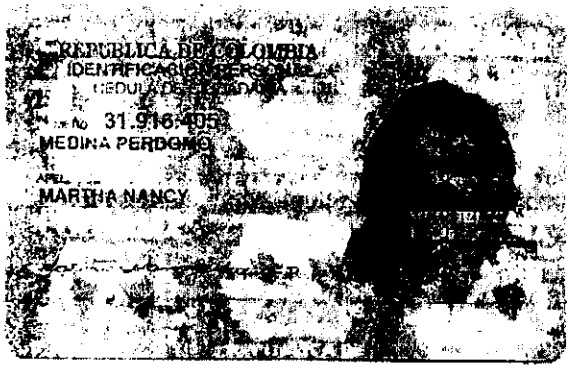
FORMA 2014-7-12

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.007.681.637
ARGUELLO MEDINA
APELLIDOS
MARIA ALEJANDRA
NOMBRES



FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10010744377

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
FTU74C	SUZUKI	BEST 125	2011

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KMS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

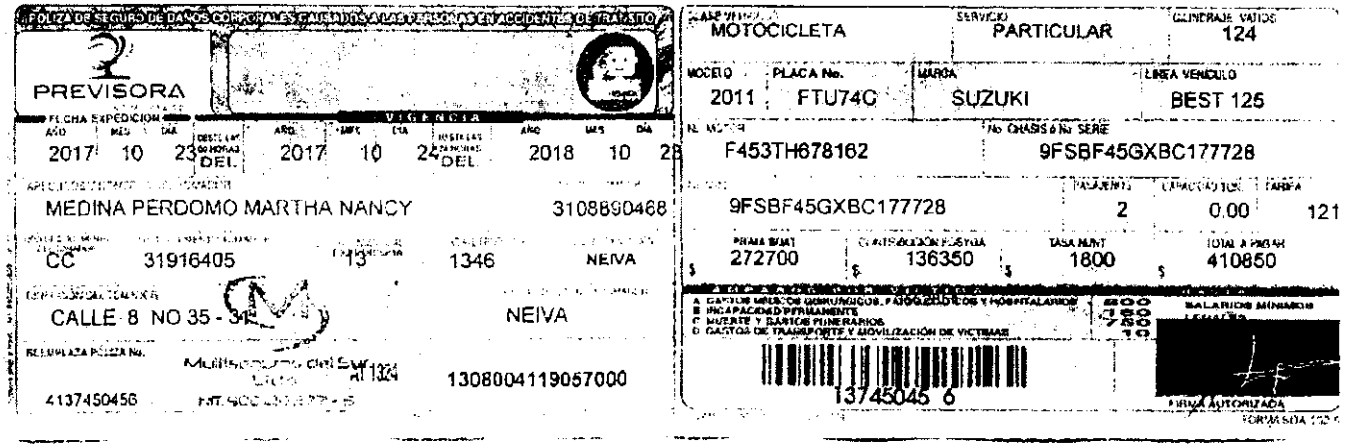
NUMERO DE MOTOR: F453-THS78162

REG N — VIN: 9FSBF45GXBC177728

NUMERO DE SERIE

REG N — NUMERO DE CHASIS: 9FSBF45GXBC177728 — REG N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES: MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY — IDENTIFICACION C.C. 31916405



PREVISORA

MOTOCICLETA | PARTICULAR | 124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2011	FTU74C	SUZUKI	BEST 125

F453TH678162 | 9FSBF45GXBC177728

9FSBF45GXBC177728 | 2 | 0.00 | 121

PRIMA BRUTA	CONTRIBUCIÓN PÓLIZA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

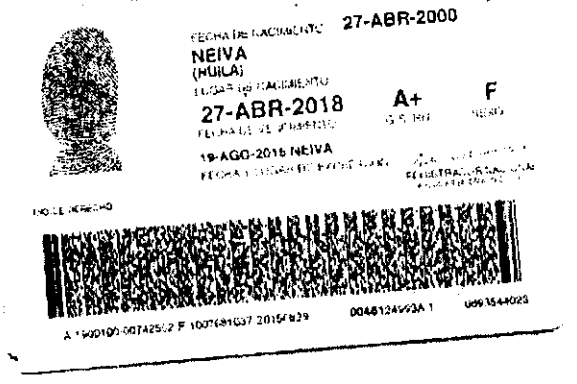
MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY 3108690468

CC 31916405 13 1346 NEIVA

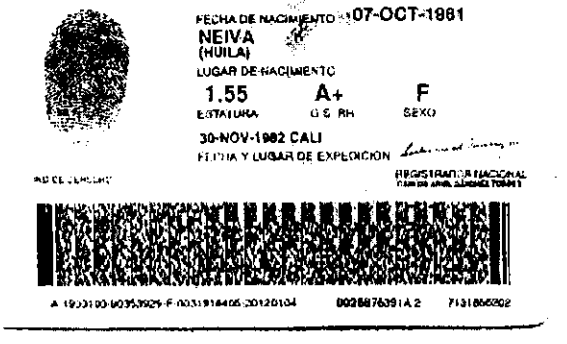
CALLE 8 NO 35 - 34 NEIVA

4137450456 1308004119057000

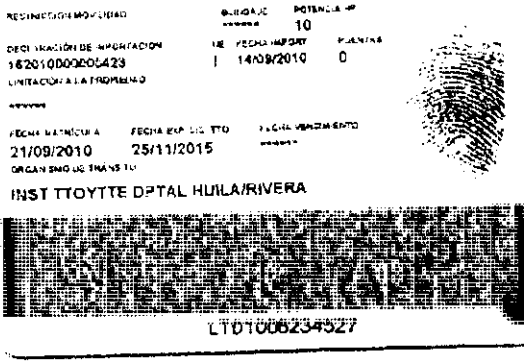
13745045 6



FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-2000
NEIVA
(HUILA)
27-ABR-2018 | A+ | F
19-AGO-2016 NEIVA



FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1981
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 | A+ | F
ESTATURA | G.S. RH | SEXO
30-NOV-1982 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



RESTRICCIÓN MOVILIDAD | CILINDRAJE 10 | POTENCIA HP
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 16201000005423 | FECHA IMPORT 14/09/2010 | CUENTA 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
FECHA MATRÍCULA 21/09/2010 | FECHA EXP. LIC. TTO 25/11/2015 | FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LTD1006234527

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 31916405 ADMISION N : 45872

NOMBRE:MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY **EDAD**: 56 A **F. NACI**:61.10.07 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 8 NO 35 31 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:8628210 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 21/03/2018 17:31

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS FTU74C CUANDO COLISIONA CON UNA VOLQUETA Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTOCICELTA AL COLISIONAR CON VOLQUETA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici$n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.03.21-17:37:09>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 45872

*** Patologicos: OSTEOPOROSIS * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: DICLOFENACO**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 110/80 **FC**: 75 **FR**: 20 **T**: 37 **SO2**: 98 **PESO**: **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin sopios, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE PIERNA Y PIE DERECHO, DOLOR A LA MOVILIZACION DE TOBILLO IZQUIERDO.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz. sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 31916405 ADMISION N_: 45872

NOMBRE: MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY **EDAD:** 56 A **F. NACI:** 61.10.07 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 8 NO 35 31 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8628210 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 21/03/2018 17:31

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S801 CONTUSION DE PIERNA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S901 CONTUSION DE PIE DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S900 CONTUSION DEL TOBILLO IZQUIERDO

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.21-17:37:12>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45872

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOL CLOR X 50 MG/1ML FARMIONI CANT: 1 50 MG SC DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.03.21-19:04:25>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45872

*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES DIAGNOSTICAS, POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIAS:
1. TOBILLO IZQUIERDO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 45872

CC 31916405

NOMBRE:MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY **EDAD**: 56 A **F. NACI**:61.10.07 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 8 NO 35 31 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:8628210 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 21/03/2018 17:31

2. PIERNA DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
3. PIE DERECHO: LUXACION DE CABEZA DEL 2 METATARSO

--->><<18.03.21-19:05:06>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45872
*** EVOLUCION ***

SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE PIE CONTRALATERAL

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

--->><<18.03.21-19:17:49>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226180 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 45872
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA EN PIE DERECHO; AL EXAMEN FISICO PRESENTA DEFORMIDAD BILATERAL DE PIES CON HALLUX VALGUS SEVERO BILATERAL CON DOLOR A NIVEL DE METATARSOFALANGICO DE SEGUNDO DEDO DEL PIE DERECHO, MARCHA NORMAL; LAS IMAGENES COMPARATIVAS MUESTRA LUXACION METATARSOFALANGICA DEL SEGUNDO DEDO DEL PIE DERECHO.

DX
LUXACION METATARSOFALANGICA SEGUNDO DEDO DEL PIE DERECHO

CONDUCTA
SALIDA
PACIENTE QUE SE PALNTEA REALIZAR REDUCCION CERRADA DE LUXACION CON ANESTESIA LOCAL, PACIENTE NO ACEPTA PROCEDIMIENTO, PREFIERE REALIZACION CON ANESTESIA GENERAL POR LO QUE SE PROGRAMA PARA 24/03/18 PARA REDUCCION CERRADA BAJO ANESTESIA GENERAL
ANALGESIA
SALIDA

** ORDENES Qx:

REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE METATARSOFALANGICA DEL SEGUNDO DEDO DEL PIE DERECHO
FECHA: 24/03/18
DURACION: 30 MIN

--->><<18.03.21-20:28:31>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45872
*** EVOLUCION ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 45872

CC 31916405

NOMBRE:MEDINA PERDOMO MARTHA NANCY **EDAD**: 56 A **F. NACI**:61.10.07 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 8 NO 35 31 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:8628210 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 21/03/2018 17:31

VALORADA POR ORTOPEDIASTA QUE EGRESA CON INDICACIONES MEDICAS

*** PLAN ***

** OTROS:

HIELO LOCAL, MANTENER PIE ELEVADO
ASISTIR EL SABADO 24 DE MARZO DE 2018 A LAS 8 AM EN EL 2 PISO DE LA CLINICA EN AYUNAS (DESDE LAS 10 PM NO PUEDE COMER NI TOMAR NADA)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20

ACETAMINOFEN TABLETAS, TOMARSE 2 (DOS) TABLETAS CADA 8 HORAS (6AM 2PM 10 PM)

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S801 CONTUSION DE PIERNA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S931 LUXACION DE METATARSOFALANGICA DEL 2 DEDO DEL PIE DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S900 CONTUSION DEL TOBILLO IZQUIERDO

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: **FECHA**: . . **HORA**:

ESTADO A LA SALIDA:

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Medico y Cirujano
RM. 0007705

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10334

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10048	NEIVA,13-Abr-2018	11:15:29
LA PREVISORA S.A.						
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: GARZON MARIA LULU			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: GARZON MARIA LULU

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
36163182	GARZON MARIA LULU				
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: GARZON MARIA LULU**	**at1324140861206**	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
04 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

FRANCISCO [illegible]
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15262 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] N.I. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehiculo Placa No. HFU 906 Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C	36 [illegible] 4	Maria	Lulu	Garzon	
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección CR 17 con cll 31 Zona [X] R [ ]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D D M M A A A A A las H H M M

Nombre IPS que atendió la victima clinica de Fracturas y ortopedia Ltda

NIT 800 110 121-9 Código de habilitación 410010044601

Dirección cll 12 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756347

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Juan Alberto Bazan C
Medico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061 724 214

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Juan Alberto Bazan C
Medico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061 724 214

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios | | |

132

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15264

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 09

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO FUI82E

No. DE POLIZA 13241408612006

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) William Nuñez Ramos C.C. 1075235957 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cr 17 con cll 31 HASTA: Hurca de Fracturas y ortopedia.

TIPO DE TRANSPORTE: Hora extra B/Guadalupe

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HIU 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Maria Cielo Gonzon IDENTIFICADO CON C.C. No. 36163132 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Caludinser S.A.S. NIT 900 324 272 7

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 29456

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
7 03 18	09+18.	09+28	09+35	09+44	R X N V B

Garzon (1er apellido) | Ivh (2do apellido) | Laura (Nombres) | No. HISTORIA CLINICA 36163182

FECHA NACTO	SEXO	C.C	R.C.	PAS	NUMERO	EDAD
5 01 59	M ☐ F X	T.I. ☐	C.E ☐	☐	36163182	39

RESIDENCIA ACTUAL: Direccion: Cra 4 # 7-80 | Barrio: Alpe. | Municipio: Hobo | Departamento: Neiva | Pais: Colombia. | Telefono: 3115046149

DIRECCION DE ATENCION: Residencia ☐ | Via publica X | Comercio ☐ | Trabajo ☐ | Otros ☐ | Cual ☐ | Cra 17 c/ 31 Barcelona.

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previora. | POLIZA No 13241408616126-6 | Placa: RUI82E

EPS-C ☐ | EPS-S X Cumfamiliar | Estudiantil ☐ | Prepagada ☐ | Vinculado ☐

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Transito X | Accidente Laboral ☐ | Accidente Comun ☐ | Terrorismo ☐ | Lesion por agresión ☐ | Enfermedad General ☐ | Catàstrofe ☐ | Otro ☐

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS:

Fora q' transita como Peatón. en motocicleta placas RUI82E que impacta un automovil particular ocasionando lesiones en el cuerpo y herida en MII

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

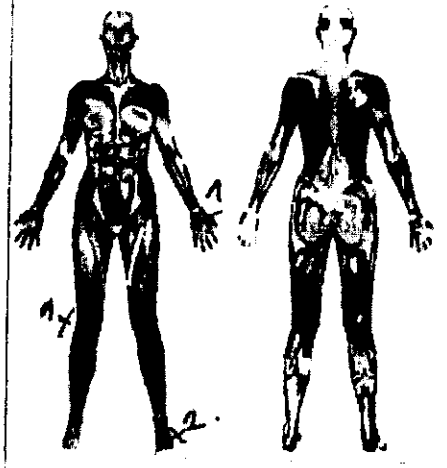
Ultimo Alimento: horas | Embarazo X.

Cirugias: Ninguno.

EXAMEN FISICO TA. 100/72 FC: 81 FR/8 T: 36

NEUROLOGICO PUPILAS D: mm I: mm

R.M:	(6) Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R.V:	(5) Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	(4) Espontanea	2 Al dolor	TOTAL 15		
	3 Al llamado	1 No hay	15/15		



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE 12.

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

☐	Collar Cervical	☐	RCCP	X	Monitoreo
☐	Aspiración	☐	Hemostasia	☐	Liquidos I.V.
☐	Oxigenación	☐	Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
☐	Intubacion	☐	Inmovilizacion Msls	☐	Otro
☐	Ventilación	☐	Inmovilizacion Total	☐	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Multiples traumas y lesiones en el cuerpo.

Traslado a: la clinica Fracturados

Recibido por: Jhon A Rozon

Se entrega | Vivo X | Muerto ☐

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM ☐ | TAB X

OBSERVACIONES: Movil HFU906

Nombre del Medico: Jhon A Rozon | Nombre Auxiliar: Claudia Ramirez | Nombre Conductor: William Ramirez

Saludlaser

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 16 A # 9 B-46 TEL: 8752231

EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 09-03-18 HORA 9718

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Garzon Lulu Maria

IDENTIFICACION 36163182

DIRECCION Cra 4 # con 7-80. TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3115046174

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR PEATON OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Pulsar 135. Marca Pulsar 135. Bajaj Placa R

Poliza No 1224/4086/6126-6 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE

Parrilero de norme Maria lulu garzón que transitaba en la Motocicleta de placa RUI82E pulsar 135 conducida por el Sr Haurdigael Antonio Hillen Arias y es investida por un Carro particular

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las companias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

Haurdigael Hillón Arias

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPANANTE

C.C 1075259737

8

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre María Julia Garzón No. Documento de Identidad 36163782

Edad 59 Sexo F Dirección Domicilio Cr 4 # 7-80 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3186624211 Celular 3115046197

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Hairdaguel Hillon Arias No. Documento de Identidad 1075259737

Edad 26 Sexo M Dirección Domicilio Cr 4 # 7-80 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3186624211 Celular 3115046197

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa RUI82E Vehículo moto

Aseguradora Previsora Póliza No. 130800414765 2000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 09-03-18 Hora 09 + 18

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Cr 17 con Cll 31

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo María en calidad de ocupante de la moto de placas RUI82E que al colisionar con un carro perdemos el control y caemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo María Julia Garzón identificado con c.c. 36163182 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de tránsito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 09-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

María Julia Garzón

Firma Víctima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	36163182
NOMBRES	MARIA LULU
APELLIDOS	GARZON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO	22/08/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/09/2018 09:43:49	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información raportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2018	03	02		2018	03	03		2019	03	02

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: HILLON ARIAS HAURDIGUEL ANTONIO — TELÉFONO TOMADOR: 3186624211

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	1075259737	13	1377	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 8 BIS N 32 43 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No. 4140861206

AT 1324 1308004147652000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE VATOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	134

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2019	RUI82E	BAJAJ	PULSAR SPEED B

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
JEYWHC29289	9FLA17CYXKAB03551

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FLA17CYXKAB03551	2	0.00	121

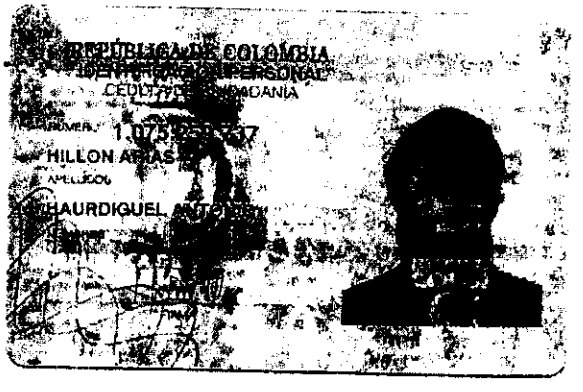
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 — SALARIOS MÍNIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

SEGUR Su Seguro

14086120 6 NEIVA: CR 4 No. 10-55 [illegible] AUTORIZADA

LLAME GRATIS AL 01 4007 [illegible] — FORMA SOA-002



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015677011

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
RUI82E	BAJAJ	PULSAR SPEED BS/V	2019

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
134	ROJO ESCARLATA NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
JEYWHC29289	N	9FLA17CYXKAB03551

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
9FLA17CYXKAB03551	N	9FLA17CYXKAB03551	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
HILLON ARIAS HAURDIGUEL ANTONIO — C.C. 1075259737

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 45031

CC 36163182

NOMBRE: GARZON MARIA LULU **EDAD:** 59 A **F. NACI:** 59.01.05 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 4 NJO 7 80 **CIUDAD:** AIPE **TELEFONO:** 3115046197 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 016 AIPE **OBS:** SI

OBSERVACION 09/03/2018 10:15

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS RUI82E QUE AL COLISIONAR CON UN CARRO PIERDEN EL CONTROL Y CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS: 9 + 44 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE . 22 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN TOBILLO IZQUIERDO NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, TORAX, ABDOMEN, PELVIS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA RECUERDA EL EVENTO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.03.09-10:20:54>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 45031

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 131/78 **FC:** 65 **FR:** 20 **T:** 36 **SO2:** 95 **PESO:** 50 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR LIMITACION EN TOBILLO IZQUIERDO HERIDA ABULSIIVA DE 7 CM EN TOBILLO IZQUIERDO CARA EXTERNA IRREGULAR SANGRADO ESCASO CONTAMINADA. perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36163182 ADMISION N : 45031

NOMBRE:GARZON MARIA LULU **EDAD**: 59 A **F. NACI**:59.01.05 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CR 4 NJO 7 80 **CIUDAD**:AIPE **TELEFONO**:3115046197 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 016 AIPE **OBS**: SI

OBSERVACION 09/03/2018 10:15

PIEL

YA DESCRITO

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S900 CONTUSION DEL TOBILLO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

S910 HERIDA DEL TOBILLO IZQUIERDO

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.09-10:20:56>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45031

*** PLAN ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES CON DOLOR EN TOBILLO IZQUIERDO POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, LAVADO Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 APLICAR 1 AMP IM AHORA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 APLICRA 1 AMP IM AHORA

- DIETA NORMAL.
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- LAVADOO DE HERIDA SEGUN RX PASAR A SALA DE SUTURA .
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.03.09-12:33:47>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45031

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36163182 ADMISION N : 45031

NOMBRE:GARZON MARIA LULU **EDAD**: 59 A **F. NACI**:59.01.05 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U
DIRECCION: CR 4 NJO 7 80 **CIUDAD**:AIPE **TELEFONO**:3115046197 **ZONA**: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:
PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 016 AIPE **OBS**: SI
OBSERVACION 09/03/2018 10:15

RX DE TOBILLO IZQUIERDO SIN EVIDENCIA DE FRCATURAS.

--->><<18.03.09-12:35:57>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45031
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE SUTURAS
SUTURA
EN SALA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA, ANTISEPSIA Y ANESTESIA LOCAL SE SUTURA HERIDAS EN EN TOBILLO IZQUIERDO CON PROLENE 3/0, TOTAL PUNTOS : 13 SIN COMPLICACIONES.

--->><<18.03.09-12:37:04>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45031
*** EVOLUCION ***
)
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SUTURA DE HERIDA SE TOMA RADIOGRAFÍAS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCION, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15 SIGNOS VITALES PA 125/75 FC: 82 T: 37.C FR 18 SATO2 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES, MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA, Y CONTROL, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** PLAN ***

SALIDA

--->><<18.03.09-12:40:24>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45031
*** PLAN ***

** OTROS:
SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO 8 CON TRAUMATOLOGIA
** ORDENES MEDICAS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 7
1--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, AHUNDANTE Y CONTINUO,

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36163182 ADMISION N : 45031

NOMBRE: GARZON MARIA LULU **EDAD:** 59 A **F. NACI:** 59.01.05 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 4 NJO ? 80 **CIUDAD:** AIPE **TELEFONO:** 3115046197 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 016 AIPE **OBS:** SI

OBSERVACION 09/03/2018 10:15

4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5-- REPOSO. MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
6--- RETIRO DE PUNTOS EN 12 DIAS. EN HERIDAS SUTURADAS. RECONSULTAR DE INMEDIATO SI SE HABREN O DESPRENDEN LOS PUNTOS.
7--TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 30 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 8 DIA S
CEFRADINA 500 MG CANT: 40 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 10 DIAS

--->><18.03.09-12:40:52>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45031
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.09-12:40:38 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S900 CONTUSION DEL TOBILLO IZQUIERDO	S910 HERIDA DEL TOBILLO IZQUIERDO

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.03.09 **HORA:** 12:40:3

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 15 DIAS

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10531

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10239	NEIVA,25-Abr-2018	12:32:49
CONTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
001 01 SOAT			OTRO REGIMEN	PACIENTE: VARGAS CERQUERA VALERIANO		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: VARGAS CERQUERA VALERIANO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1645044	VARGAS CERQUERA VALERIANO				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: VARGAS CERQUERA VALERIANO	at1324137867391	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
04 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO
FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

15

Soldlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15506 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N.I. X Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Vehículo Placa No. NOO 19

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	16[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 7w Calle 75 Zona U R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 29 M A A A Alas 11 11

Nombre IPS que atendió la victima Clinica Traumas Ortopedia

NIT 800 110 191-4 Código de habilitación 4100100 4660 01

Dirección Calle 18 6 05

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 871 3247

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Juan Alberto Bazan C. Médico y Cirujano UNICAUCA RM 1 031 724 214

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE IAMPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15617

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 31

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: BMQ 92

No. DE POLIZA: 1329137867391

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Yelson Diaz Mosquera C.C. 1075211746 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 7w Calle 25 B/Palma HASTA: Clinica Fracturas Ortopedia 11/ 12:12

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUV 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Valentina Vargas Ceiquera IDENTIFICADO CON C.C. No. 1691044 DE Tenerife

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludiaser S.A.S.

29273

FECHA

PRIORIDAD
R A N V B

FECHA NACIMIENTO

EDAD

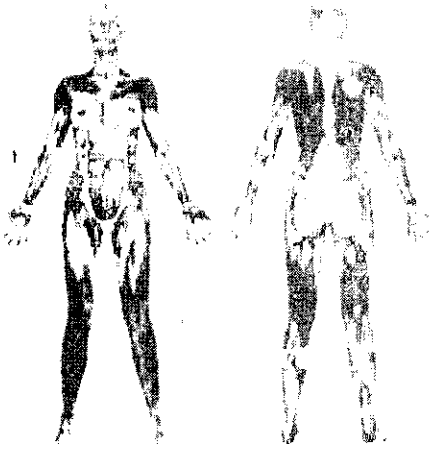
RESIDENCIA ACTUAL

DIRECCION DE ATENCION

CAUSA QUE ORIGINA

DATOS DE

EXAMEN



OBSERVACIONES

Nombre del Médico

TOTAL
/15

PAM

TAD

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 31-03-2018 HORA 12712.

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Valeriano Vargas Cisneros
-1645649
DIRECCION Cll 19 Sur # 38B-16
TELEFONO 3132866239
CONDUCTOR X ACOMPAÑANTE

2. DATOS DEL VEHICULO

TIPO Motocicleta PLACA BHQ 92
No. POLIZA 13786734-1 ASEGURADORA Previsora.

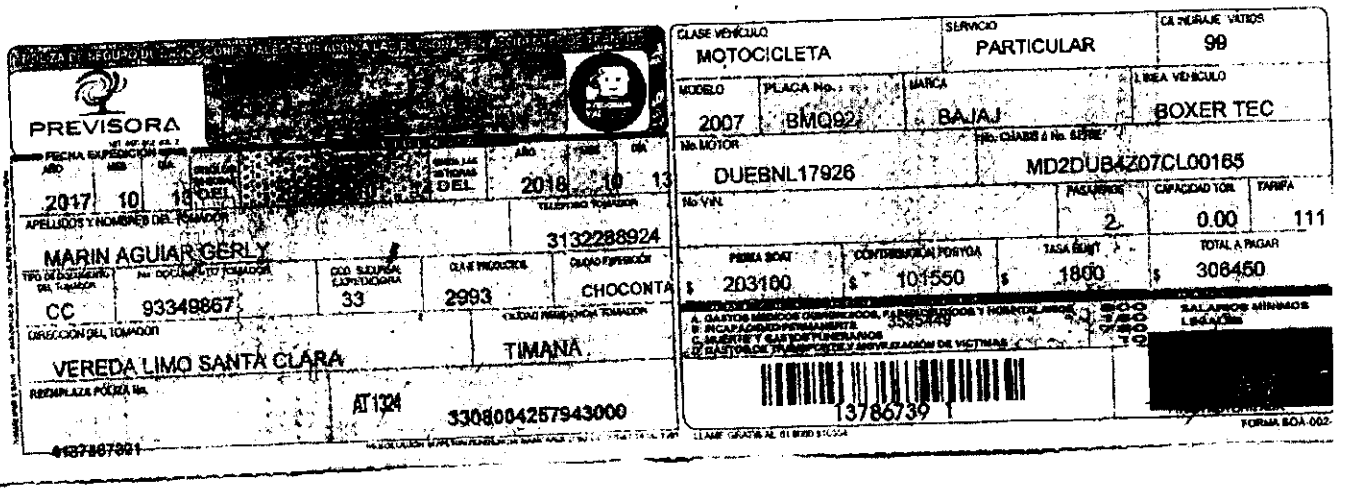
3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

Usuario que se moviliza como peaton el cual es arrollado por una motocicleta BHQ 92 causando lesiones por accidente de transito

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables del SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizo mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningún tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Valerianovargas
NOMBRE Y FIRMA DEL ACCIDENTADO

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE



PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA									
2017	10	18									

FECHA DE VENCIMIENTO AÑO	MES	DÍA									
2018	10	13									

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MARIN AGUIAR GERLY

TELÉFONO TOMADOR: 3132288924

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTO	CÓDIGO EXPEDICIÓN
CC	93349867	33	2993	CHOCONTA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: VEREDA LIMO SANTA CLARA

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: TIMANA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: AT1324

3308004257943000

4187867991

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	99

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2007	BMQ92	BAJAJ	BOXER TEC

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
DUEBNL17926	MD2DUB4Z07CL00165

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
	2	0.00	111

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

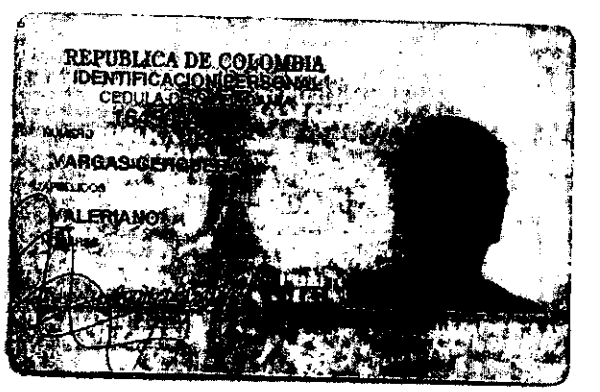
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SMDLV
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 180 SMDLV
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 180 SMDLV
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS: 10 SMDLV

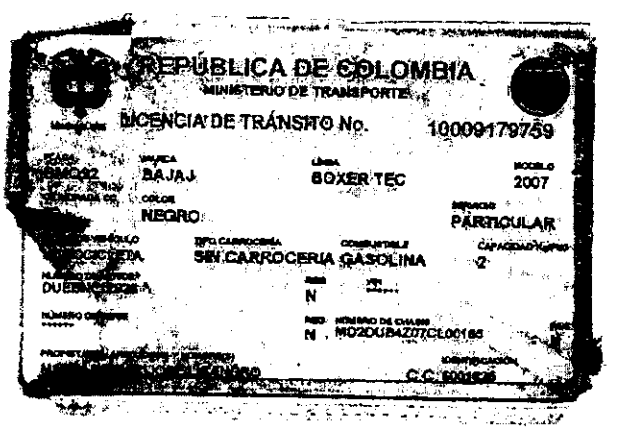
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

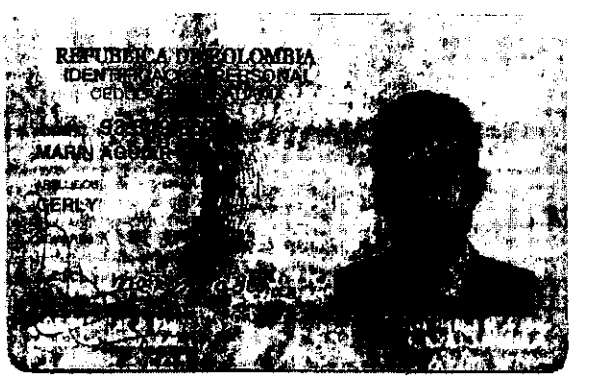
13786739

FORMA SOA 002









20



PREVISORA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA				AÑO	MES	DIA			
2017	10	13	DEL			2018	10	13			

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MARIN AGUIAR GERLY — TELEFONO TOMADOR: 3132288924

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL COMERCIAL	CLASE PERSONA	CIUDAD EXPEDICION
CC	93349867	33	2993	CHOCONTA

DIRECCION DEL TOMADOR: VEREDA LIMO SANTA CLARA — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: TIMANA

REEMPLAZA POLIZA No.: AT 1324 — 3308004257943000

4137867391

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE VATICS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	99

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2007	BM092	BAJAJ	BOXER TEC

No MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
DUEBNL17926	MD2DUB4Z07CL00185

No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
	2	0.00	111

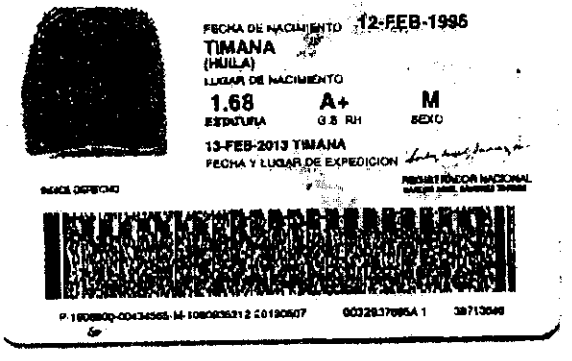
PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, REMUNERACION Y HOSPITALIZACION — $ 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — $ 180
C. MUERTE ACCIDENTAL — $ 950
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS — 10

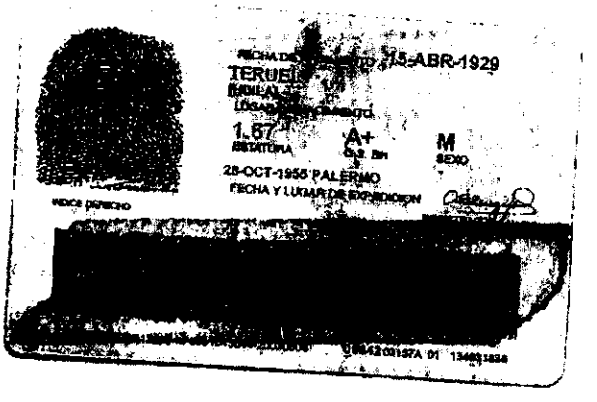
SALARIOS MINIMOS LEGALES

13786739

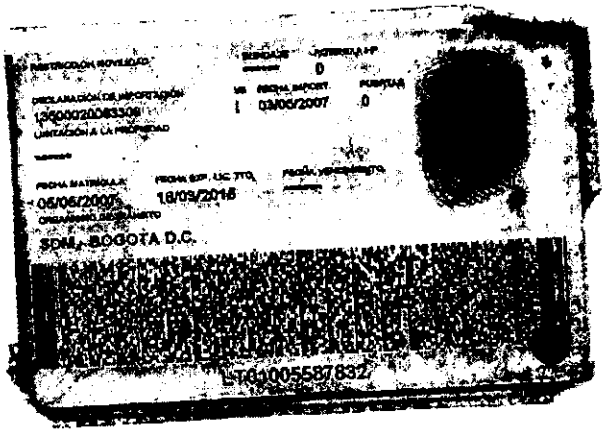
FORMA SOA-012



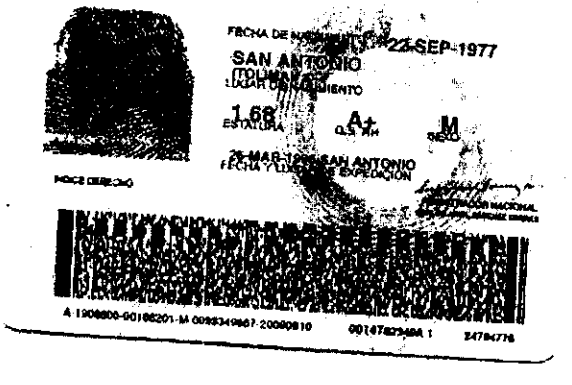
FECHA DE NACIMIENTO: 12-FEB-1995
TIMANA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA — A+ G.S RH — M SEXO
13-FEB-2013 TIMANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO: 15-ABR-1929
TERUEL
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA — A+ G.S RH — M SEXO
28-OCT-1955 PALERMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO



RESTRICCION MOVILIDAD
CILINDRAJE — POTENCIA HP
0
DECLARACION DE IMPORTACION: 13500020083308 — FECHA IMPORT: 03/05/2007 — PUNTAJE: 0
LIMITACION A LA PROPIEDAD
FECHA MATRICULA: 05/05/2007 — FECHA EXP. LIC. TTO: 18/09/2015
ORGANISMO DE TRANSITO
SDM - BOGOTA D.C.
LT01005587832



FECHA DE NACIMIENTO: 22-SEP-1977
SAN ANTONIO (TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA — A+ G.S RH — M SEXO
21-MAR-1996 SAN ANTONIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 46372

CC 1645044

NOMBRE: VARGAS CERQUERA VALERIANO **EDAD:** 89 A **F. NACI:** 29.04.15 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 19 SUR NO 38 B 16 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO.** 3132866239 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 31/03/2018 12:57

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO PEATON CUANDO ES ARROLLADO POR LA MOTO DE PLACAS SMQ92 CAUSNADO EL ACCIDENTE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS:12441 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 27 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN EN CABEZA, CODO Y REJA COSTAL DERECHA NIEGA TRAUMA: EN CUELLO, ABDOMEN, PELVIS, NO HAY CLARIDA SOBRE PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, AMNESIA PARCIAL DEL EVENTO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.03.31-13:14:58>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H U 46372

*** Patologicos: DEMENCIA POR ENFERMEDAD DE PARKINSON, NO RECUERDA MAS ANTECEDENTES. ALTROSIS* Traumaticos: Niega * Medicamentos: LEVODOPA Y CARVIDOPA. PREDNISOLONA 5MG DIA ACETAMINOFEN * Toxicos: Niega * Quirurgicos: TORACOSTAMIA* Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 156/93 **FC:** 99 **FR:** 18 **T:** 37 **SO2:** 95 **PESO:** 78 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 4 **GLASGOW(** 14 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, HERIDA ABRASIVADE 2 CM EN REGION PARIETAL IRREGULAR SANGRADO ESCASO. mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traques en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, DOLOR REJA COSTAL DERECHA con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, HERIDA DE 2 ABRASIVA CON PERDIDA DE TEJICO. SANGRADO ESCASOEN CODO DERECHO DOLOR LIMITACION FUNCIONAL, LEVE DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA . perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46372

CC 1645044

NOMBRE: VARGAS CERQUERA VALERIANO **EDAD:** 89 A **F. NACI:** 29.04.15 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 19 SUR NO 38 B 16 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3132866239 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 31/03/2018 12:57

extremidades, ROT: (++) CONFUSO.

PIEL

YA DESCRITO

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S009 TCE LEVE.

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

T141 ABRASIONES.

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3

S010 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-5 O COMPLICACION

S510 HERIDA DEL CODO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-4

S500 CONTUSION DEL CODO DERECHO.

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.31-13:15:02>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372

*** PLAN ***

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, CON MULTIPLES TRAUMAS SE INICIA MANEJO MEDICO Y ESTABILIZACIÓN CLÍNICA, SE SOLICITAN ESTUDIOS RADIOLOGICOS , POR NECESIDA DE MANEJO DEL DOLOR, VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACION POR ORTOPEDISTA. SE DECIDE DEJAR EN SALA DE OBSERVACION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, GLASGOW 14/15 NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
TAC CEREBRAL SIMPLE TOMAR 1 EN 4 HORAS.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

RANITIDINA 50 MG/ 2 ML CANT: 3 APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 3 PASAR BOLO DE 500 CC IV AHORA LUEGO DEJAR A 50 CC HORA.
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 3 PARA DILUIR MEDICAMENTOS.
ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 6 DAR A TOMAR 2 TAB VO CADA 8 HORAS.

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO DEL DOLOR Y VALORACION POR ORTOPEDIA VIGILANCIA NEUROLOGICA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46372

CC 1645044

NOMBRE:VARGAS CERQUERA VALERIANO **EDAD**: 89 A **F. NACI**:29.04.15 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION:CLL 19 SUR NO 38 B 16 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3132866239 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 31/03/2018 12:57

- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- NADA VÍA ORAL SOLO ACETAMINOFEN CON POCA AGUA.
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.
- CANALIZAR VENA. DEJAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS
- CURACION DE ABRASIONES
- VALORACIÓN POR ORTOPEDIA
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS REDIOGRAFICOS.
- VIGILANCIA NEUROLÓGICA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.03.31-14:28:28>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE REJA COSTAL Y CODO DERECHO SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS. RX DE TORAX SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS SIN LESIONES.
TAC CEREBRAL PENDIENTE.

--->><<18.03.31-14:59:34>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** EVOLUCION ***

PACIENTE EN EL MOMENTO ESTABLE NO HA VOMITADO NO DETERIODO NEUROLOGICO SIGNOS ESTABLES POR EL MOMENTO CONTINUA EN OBSERVCACION

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

PASAR A SALA DE SUTURA.
RESTO IGUAL.

--->><<18.03.31-15:44:26>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE SUTURAS
SUTURA
EN SALA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA, ANTISEPSIA Y ANESTESIA LOCAL SE SUTURA HERIDAS EN CUERO CABELLUDO 2 PUNTOS Y CODO DERECHO 4 PUNTOS CON PROLENE 4-0, TOTAL PUNTOS : 6 SIN COMPLICACIONES.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46372

CC 1645044

NOMBRE:VARGAS CERQUERA VALERIANO **EDAD**: 89 A **F. NACI**:29.04.15 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 19 SUR NO 38 B 16 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3132866239 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 31/03/2018 12:57

--><<18.03.31-16:01:02>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN CABEZA HEMITORAX DERECHO Y CODO DERECHO AL EXAMEN FISICO: CABEZA HEMATOMA FRONTAL CON ABRASION CONMSIENTE ORIENTADO. HEMITORAX DERECHO DOLOR INTENNSO A COMPRESION COSTAL DE 5-6 ARCOS . BUENA VENTILACION PULMONAR. CODODDERECHO HERIDAS EN CARA POSATERIOR EDEMA Y DOLOR A MOVILIDAD.
RX NORMALES
DX: TCE LEVE
FRACTURA CONDROCOSTAL
HERIDAS CODO DERECHO
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS CEFRADAINA AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
OBSERVACION NEUROLOGICA

--><<18.03.31-17:36:04>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE: -- TRAUMA CRANEO ENCEFALICO LEVE--CONTUSIONES EN CODO DERECHO REJA COSTAL DERECHA HERIDAS EN CUERO CABELLUDO Y CODO DERECHO EN MANEJO ANALGESICO Y VIGILANCIA NEUROLOGIA, EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR ADECUADO CONTROL DEL DOLOR CON LA MEDICACIÓN, TOLERA LA VÍA ORAL. REFIERE LIMITACION EN RODILLA IZQUIERDA.

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 130/70 FR: 18 T: 37 FC: 78 SATO2: 96%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, HERIDA SUTURADA EN CUERO CABELLUDO PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, CUELLO NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR DOLOR REJA COSTAL DERECHA A LA PALPACION, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLO, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTE. HERIDA SUTURADA EN CODO DERECHO EQUIMOSIS DOLOR PALPACION LIMITACION EN RODILLA IZQUIERDA ABRSION ES LIMPIAS EN CODO DERECHO SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW 15/15

ANÁLISIS: PACIENTE CON DX DE TCE LEVE CONTUSIONES Y HERIDAS QUIEN REQUIERE DE VIGILANCIA NEUROLOGICA, POR LO CUAL SE INGRESA AL SERVICIO DE OBSERVACION, TAC CEREBRAL SIMPLE REALIZADO ES NORMAL. DURANTE SU ESTANCIA EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS, NO FOCALIZACION, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR DOLOR Y TRAUMA EN RODILLA SS DE RODILLA Y POR TRAUMA EN TORAX SE SS CONTROL POR EL MOMENTO CONTINUA MANEJO INTRAHOSPITALARIO HASTA COMPLETAR VIGILANCIA NEUROLOGICA.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46372

CC 1645044

NOMBRE:VARGAS CERQUERA VALERIANO **EDAD**: 89 A **F. NACI**:29.04.15 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 19 SUR NO 38 B 16 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3132866239 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 31/03/2018 12:57

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

PASAR A SALA DE IMAGENES
INICIAR VIA ORAL.
RESTO DE MANEJO Y VIGILANCIA CLINICA IGUAL.

--->><<18.03.31-18:05:01>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE RODILLA IZQUIERDA SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS RX DE TORAX NORMAL.

--->><<18.03.31-18:32:50>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** EVOLUCION ***

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA,SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SUTURA DE HERIDA, SE TOMA RADIOGRAFÍAS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, Y CONTROL NORMAL. POR PERSISTENCIA DE DOLOR LIMITACION ES VALORADO POR TRAUMATOLOGIA QUIEN DESCARTA LESION EN LIGAMENTOS Y OSEA POR LO CUAL INDICA MANEJO MEDICO AL EXAMEN FÍSICO CON TA 130/70 FR: 18 T: 37 FC: 78 SATO2: 96% ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW 15/15 TAC CEREBRAL SIMPLE REALIZADO ES NORMAL. DURANTE SU ESTANCIA EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS NI RESPIRATORIOS, NO FOCALIZACION, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR CONPLETAR VIGILANCIA NEUROLOGICA , EVOLUCION FAVORABLE SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** PLAN ***

SALIDA

--->><<18.03.31-18:37:09>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** PLAN ***

** OTROS:
SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO EN 15 DIAS CON TRAUMATOLOGIA
** ORDENES MEDICAS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 9
1--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1645044 ADMISION N_: 46372

NOMBRE:VARGAS CERQUERA VALERIANO **EDAD**: 89 A **F. NACI**:29.04.15 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION:CLL 19 SUR NO 38 B 16 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3132866239 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 31/03/2018 12:57

TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN AREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5-- REPOSO MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
6--- RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS. EN HERIDAS SUTURADAS. RECONSULTAR DE INMEDIATO SI SE HABREN O DESPRENDEN LOS PUNTOS.
8----RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA : --- ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA, O PERSISTE SINTOMATOLOGIA NEUROLOGICA.----- DIFICULTA PARA RESPIRAR.
9---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.
)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CEFRADINA 500 MG CANT: 40 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 10 DIAS.
ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 40 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS. POR 10 DIAS SI DOLOR.

--->><<18.03.31-18:37:32>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46372
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.31-18:37:14 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S009 TCE LEVE.

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
T141 ABRASIONES.

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
S010 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO4
S500 CONTUSION DEL CODO DERECHO.

DIAGNOSTICO RELACIONADO5 O COMPLICACION
S510 HERIDA DEL CODO DERECHO

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46372

CC 1645044

NOMBRE:VARGAS CERQUERA VALERIANO **EDAD**: 89 A **F. NACI**:29.04 15 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 19 SUR NO 38 B 16 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3132866239 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 31/03/2018 12:57

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.03.31 **HORA**:18:37:1

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 10 DIAS

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Olerio Vargas No. Documento de Identidad 1645044

Edad 89 Sexo M Dirección Domicilio Mz 5 sur 36b-16 Ciudad Neiva Teléfono 3132866234

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jely Lorena No. Documento de Identidad 93349067

Edad 40 Sexo F Dirección Domicilio Vereda Limo Ciudad Limo Teléfono 3133226624

Dirección Trabajo Santa Clara Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Boxer Placa BMQ92 Vehiculo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 3308004257941000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 31-03-18 Hora 12:12

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor _____ Ocupante _____ Peatón X	Cra 7 con Cll 25

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Lo vi cuando pasaba cuando fue arrollado por la moto placas BMQ92 conductor el accidente

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Olerio Vargas identificado con c.c. 1645044 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 31-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Huella Huella

Firma Victima _____ Firma Acompañante _____

Nombre _____ Nombre Julio Edita Vargas.

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

4

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10532

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10240	NEIVA,25-Abr-2018	12:34:29
LA PREVISORA S.A.						
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: FIGUEROA GUERRA JESUS ANS			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: FIGUEROA GUERRA JESUS ANSELMO

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
12131171	FIGUEROA GUERRA JESUS ANSELMO				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: FIGUEROA GUERRA JESUS ANSELMO	at1324139992591	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
04 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

FC 260.414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 360.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15425 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. C.E. P.A. T.I. ~~NI.~~ Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio / Vehiculo Placa No.: IIFU-906 Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: ~~C.C.~~ C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C C	12131171	JESUS	ANGELMO	FIGUEROA	GUERRA
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CR 7 CON CLL 2 SUR Zona [U] [R]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 27 03 2008 A las: 17 30

Nombre IPS que atendió la victima: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800 110 181 - 9 Código de habilitación: 4 100 100 466 51

Dirección: CLL 18 # 6 - 65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en esta formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

MAYO ZOVA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

11 7 16 32

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

161

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15484

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	03	27

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: RTX 33E

No. DE POLIZA: 1324139992591

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Ilmado Mauricio Guerrero Mina C.C. 1075250395 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 2 con Cll 2 Sur HASTA: Clinica de Traumas y Ortopedia

11:38

TIPO DE TRANSPORTE:

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. IIFU - 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jesus Anselmo Figueroa Guerrero IDENTIFICADO CON C.C. No. 12131171 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludoser S.A.S.

29759

FECHA HORA DESPACHO HORA LLEGADA HORA SALIDA HORA ENTREGA PRIORIDAD

R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido Autoidentificado Vendajes

FECHA NAC TO SEXO M F C C T I R C C E PAS NUMERO EDAD

RESIDENCIA ACTUAL Dirección Departamento Barrio País Municipio Teléfono

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN Residencia Vía Pública Centro Trabajo Otros Casa POLICIA No Placa

Estudiante Prepagada Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

Accidente Transito
Accidente Laboral
Accidente Comun
Terrorismo
Lesión por agresion
Enfermedad General
Catástrofe
Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias

Otros Antecedentes

Antecedentes Patológicos

Ultima Alimento Eventos Embarazo

EXAMEN FISICO TA FC FR T

NEUROLOGICO PUPILAS D. mm I mm

GCS
6 Obedece
5 Localiza
4 Retira
3 Flexión anormal
2 Extensión
1 No hay

RCS
5 Orientada
4 Confusa
3 Inapropiada
2 Incomprensible
1 No hay

AVD
4 Espontanea
3 Al llamado
2 Al dolor
1 No hay

TOTAL /15

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratoria	10-29	4	>29	3	1-9	2	0	1	0
Presión	>89	4	76-89	3	50-75	2	1-49	1	0
Glasgow	13-15	4	9-12	3	6-8	2	4-5	1	3

1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical
Aspiracion
Oxigeno en
Intubacion
Ventilacion
BVCM
Nemosonda
Inmovilizacion Yeso
Inmovilizacion Otro
Monitoreo
Liquidos I.V
Aborto

IMPRESION DIAGNOSTICA

Trasladado a:
Recibido por
Se entrega Vivo Muerto
Pertenencias del Paciente

Dr. Angelo Tovar
C.C. T.P. R.M. 356

Tipo Unidad TAM TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico Nombre Auxiliar Nombre Conductor

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 27/03/2018 HORA 11:58

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jesus Anselmo Figueroa
IDENTIFICACION 1313171
DIRECCION Cra 40A 20-04
TELEFONO 3214353513
SEXO X EDAD

2. DATOS DEL VEHICULO

CLASE Moto MARCA Suzuki LINEA RTX 33E
PLACA 13999239-1 ASEGURADORA Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DE LOS HECHOS Paciente masculino que iba como conductor de moto que colisiona con Un Carro.

INFORMACION DEL VEHICULO CONTRARIO Y/O TERCEROS INVOLUCRADOS EN EL ACCIDENTE Carro de Placas RIG 305

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no recibí ningún tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Jesus Anselmo Figueroa
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

CC 12 131 171

CC

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 MES 01 DÍA 3

DESDE LAS 12 HORAS DEL: AÑO 2018 MES 02 DÍA 01

HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2019 MES 01 DÍA 3

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: RODRIGUEZ TANIA ALEXANDRA

TELÉFONO TOMADOR: 3166794520

TIPO DOC. TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075312497

COD. SUCURSAL EMPRESARIAL: 13

CLASE PRODUCTO: 2003

SUCURSAL OPERACIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 40A 20 04 SUR

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No: 4139952591

AT1324

1308004141142000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE, TATOS: 113

MODELO: 2018

PLACA No.: RTX33E

MARCA: SUZUKI

LINEA VEHICULO: VIVA R 115 S

No MOTOR: E482316283

No. CHASIS o No. SERIE: 9FSBE4EN7JC153788

No V.I.N.: 9FSBE4EN7JC153788

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON.:

TARIF:

PRIMA SOAT: $ 300700

CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 150350

TASA RUNT: $ 1800

TOTAL A PAGAR: $ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MINIM

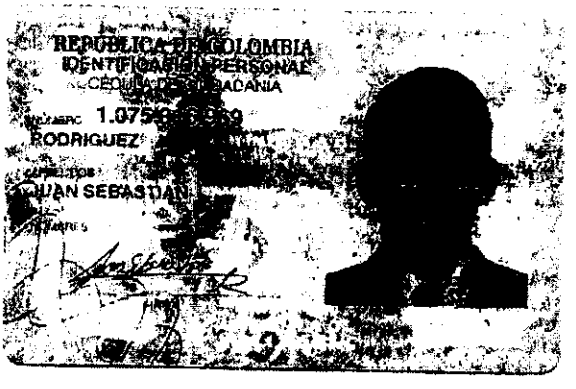
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 180 LEGALES

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 3770568 750 DIARIOS VIGENT

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS: 10

13999259

LLAME GRATIS AL 01 8000 51 51 54



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015474893

PLACA: RTX33E

MARCA: SUZUKI

LÍNEA: VIVA R 115 STYLE

MODELO: 2018

CILINDRADA CC: 113

COLOR: VIOLETA - NEGRO MATE

SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA

TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CAPACIDAD: 2

NÚMERO DE MOTOR: E482-316283

REG: N

VIN: 9FSBE4EN7JC153788

NÚMERO DE SERIE:

REG: N

NÚMERO DE CHASIS: 9FSBE4EN7JC153788

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RODRIGUEZ TANIA ALEXANDRA

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075312497

ADRES

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	12131171
NOMBRES	JESUS ANSELMO
APELLIDOS	FIGUEROA GUERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO	10/12/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/27/2018 12.35.29	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 afiliacion para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Regimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el termino de la afiliacion 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 el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y tambien de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre JESUS FIGUEROA GUEVA No Documento de Identidad 12137171

Edad 42 Sexo M Dirección Domicilio CR 40A # 20-04 Ciudad NEIVA Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3214353515 Celular 3153075440

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre JESUS FIGUEROA GUEVA No. Documento de Identidad 12131171

Edad 42 Sexo M Dirección Domicilio CR 40A # 20-04 Ciudad NEIVA Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3214353515 Celular 3153075440

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca SUZUKI Placa RTX33E Vehiculo MOTO

3.1 Aseguradora PREVISORA Póliza No. 1308009141192000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 27-03-18 Hora 11 + 58

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante Peatón	CR 7 CON CL 26SUR

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

YO JESUS en calidad de conductor DE LA MOTO DE PLACAS RTX33E QUE AL COLISIONAR CON UN CARRO PERDEMOS EL CONTROL Y CAEMOS SUFRIENDO LESIONES.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, JESUS FIGUEROA GUEVA identificado con c.c. 12131171 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de NEIVA Fecha y hora 27-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12131171 ADMISION N_: 46245

NOMBRE: FIGUEROA GUERRA JESUS ANSELMO **EDAD:** 42 A **F. NACI:** 76.02.17 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 40A NO 20 04 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3153075440 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/03/2018 12:51

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS RTX33E QUE AL COLISIONAR CON UN CARRO PIERDE EL CONTROL Y CAE SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN LA CABEZA, AL PARECER CON PERDIDA DE LA CONSCIENCIA POR 2 MINUTOS, REFIERE APH QUE PRESENTO 1 EPISODIO DE EMESIS,

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

-!-><<2018.03.27-12:57:37>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 46245

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

--->><<18.03.27-16:00:12>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 46245

DIABETES MELLITUS EN TTO

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 133/87 **FC:** 88 **FR:** 18 **T:** **SO2:** 98 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

CEFALEA GENERALIZADA, ABRASION EN REGION FORNTAL DERECHA, PARIETAL DERECHA, DOLOR A LA PALPACION DE HEMICARA DERECHA, DOLOR A LA PALPACION DE REGION OCULAR DERECHA, AGUDEZA VISUAL BILATERAL NORMAL, ABRASION EN POMULO DERECHO Y NARIZ,

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12131171 ADMISION N : 46245

NOMBRE: FIGUEROA GUERRA JESUS ANSELMO **EDAD:** 42 A **F. NACI:** 76.02.17 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 40A NO 20 04 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3153075440 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/03/2018 12:51

EXTREMIDADES

ABRASION EN CARA EXTERNA DE ANTEBRAZOS, ABRASION EN DOROSO DE MANOS,

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++) AMNESIA ESPORADICA DEL EVENTO

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S099 TRAUMA CRANEOENCEFALICO LEVE

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S098 TRAUMA FACIAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.27-12:57:40>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46245

*** PLAN ***

OBSERVACION

VER ORDENES MEDICAS

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE

TAC DE CARA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 3 PASAR 1000 ML EN BOLO, LUEGO CONTINUAR A 50 ML CADA HORA

CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 2 PARA DILUIR MEDICAMENTOS

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG V AHORA

METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML CANT: 1 10 MG IV AHORA

OBSERVACION

NADA VIA ORAL

CUIDADOS DE ENFERMERIA

PREVENCION D ECAIDAS

PREVENCION DE IAAS

CABECERA 30 °

CSV Y AC

--->><<18.03.27-14:14:52>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46245

*** EVOLUCION ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12131171 ADMISION N : 46245

NOMBRE:FIGUEROA GUERRA JESUS ANSELMO **EDAD**: 42 A **F. NACI**:76.02.17 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CR 40A NO 20 04 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3153075440 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 27/03/2018 12:51

SE REPORTAN IMAGENES

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL: LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS DE LA BASE Y VENTRICULOS PERMEABLES CON AUMENTO DE VOLUMEN, NO HEMATOMAS NI SANGRADOS INTRAPARENQUIMATOSA. NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURAS. CONCEPTO: HIDROCEFALIA

TAC DE CARA: NO SE EVIDENCIA FRACTURAS NI FISURA.

--->><<18.03.27-15:57:10>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46245
*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, SIN SIGNOS NEUROLOGICOS, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, GLASGLOW 15/15, TOLERANCIA A LA VIA ORAL, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA
RECOMENDACIONES

--->><<18.03.27-16:00:14>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46245
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

WINADINNE (ACETAMINOFEN 325 MG+CODEINA 8 MG) TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS

** OTROS:

RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA : --- ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA, O PERSISTE SINTOMATOLOGIA NEUROLOGICA.----- DIFICULTA PARA RESPIRAR, ----IMPOSIBILIDAD PARA LA MARCHA, VOMITO INCONTROLABLE, DOLOR DE CABEZA INCONTROLABLE

** ORDENES MEDICAS:

VALORACION ABIERTA POR ORPTOPEDIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12131171 ADMISION N : 46245

NOMBRE:FIGUEROA GUERRA JESUS ANSELMO **EDAD**: 42 A **F. NACI**:76.02.17 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CR 40A NO 20 04 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3153075440 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 27/03/2018 12:51

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H
PASEDOL 50 MG DIMENHIDRINATO CANT: 15 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

--->><<18.03.27-16:00:34>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46245
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.27-16:00:18 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S098 OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.03.27 **HORA**: 16:00:1

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 7 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICINA GENERAL
EC 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10538

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10246	NEIVA,25-Abr-2018	13:48:11
LA PREVISORA S.A.			REGIMEN	Observaciones:		
CONTRATO/PLAN			OTRO REGIMEN	PACIENTE: LOZANO CORTES ALVARO		
001	01 SOAT					

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: LOZANO CORTES ALVARO

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
12122664	LOZANO CORTES ALVARO				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: LOZANO CORTES ALVARO	at1324136968451	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
04 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.

FORMA PAGO. CREDITO

FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Legalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldoser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15564 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No. 660 233 Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C	14 122 664	Alvaro		Lozano	Cortes
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cll 8 1.1 # 20-05 Zona [X] U [ ] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 2 D M M A A A A A las 2 H M M

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de Fracturas y Ortopedia Ltda

NIT 800 110 191-9 Código de habilitación 41 001 004601

Dirección cll 13 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756366

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

174

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15562

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 27

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO THJ84C

No. DE POLIZA 13241369634511

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jose Nelson Cerquera C.C. 1116915013 DE Doncello

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cll 8 T.1 # 20-05 HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: Hora 20:36 Kilometraje 16102

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660 233.

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Alvaro Lozano Cortes IDENTIFICADO CON C.C. No. 12 122 664 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON N.I.T. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludcar S.A.S. NIT [illegible]

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA

29709

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
A 03 18	20 t 36	20 t 40	20 t 44	20 t 49	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Lozano	Cortes	Alvaro	12122664

FECHA NACTO | SEXO M [X] F [ ] | C.C [X] T.I. [ ] R.C [ ] C.E [ ] PAS. [ ] | NUMERO 12122664 | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL — Dirección: Cll 11 #1-15 | Barrio: los martires | Municipio: Neiva | Departamento: Huila | País: Colombia | Telefono: 8721081

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: C18 Frente al # 20-05 — Residencia [ ] Trabajo [ ] Vía pública [X] Otros [ ] Comercio [ ] Cual: Prestadora

POLIZA No. 13696845-1 — EPS-C: mega mas — EPS-S [ ] — Placa: THJ84C

Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

- [X] Accidente Tránsito
- [ ] Accidente Laboral
- [ ] Accidente Comun
- [ ] Terrorismo
- [ ] Lesion por agresión
- [ ] Enfermedad General
- [ ] Catástrofe
- [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: PHE masculino — Alergias: NO

Conductor de motocicleta que pierde el control porque se le atraviesa un perro.

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

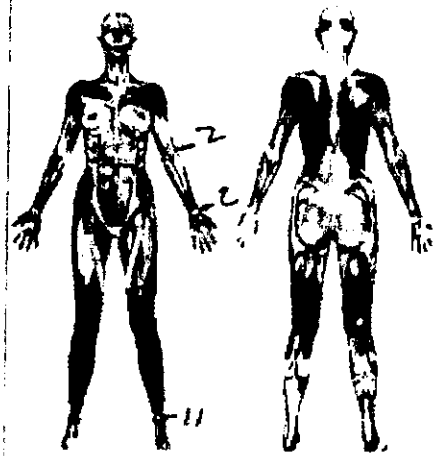
Ultimo Alimento: horas — Embarazo: X

Cirugías

EXAMEN FISICO: TA: no/70 FC: 78 FR: 17 T:

NEUROLOGICO: PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R.V:	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	4 Espontanea	2 Al dolor	TOTAL 15/15		
	3 Al llamado	1 No hay			



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE: 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiración	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V
[ ]	Oxigenación	[ ]	Inmovilización MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilización MsIs	[ ]	Otro
[ ]	Ventilación	[ ]	Inmovilización Total	[ ]	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Tx Toracico I24 t abrasion cabo y mano S29

OBSERVACIONES: movil 660233

Traslado a:

Recibido por: Angelo Tovar

Se entrega: Vivo [X] Muerto [ ]

Firma del Paciente

Tipo unidad: TAB [X]

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar: Jac y yasnor

Nombre Conductor: Nelson Cerquera

9

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-7

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 27-03-18 HORA 20:36

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Alvaro Lozano Cortés

IDENTIFICACION 12122664

DIRECCION Cr 11 # 1-15 TELEFONO 8720 81

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR X PEATON ACOMPAÑANTE

2. DATOS DEL VEHICULO

TIPO moto MARCA BAJAJ PLACA THJ 84C

PASAJERO 13696845-1 ASEGURADORA Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE Y CLARO DEL EVENTO (QUIEN, COMO, CUANDO, DONDE, PORQUE) Pte masculino Conductor de motocicleta que pierde el control porque un perro se le atraviesa

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente manifiesto que la IPS Saludlaser realizo mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realizo ningún tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Alvaro Lozano Cortés

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

C.C.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C.

8

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA						
2017	08	18	DEL	2018	08	21		

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: LOZANO CORTES ALVARO — TELÉFONO TOMADOR: 3219489413

TIPO DE DOC. DE IDENT.	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN	CLASE VEHÍCULO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	12122664	13	1326	VILLAVIEJA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 14 NO 1.15 APTO 101 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.		
4136986451	AT1324	1308004107121000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	178

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2013	THJ84C	BAJAJ	PULSAR 180

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
DJZCCF29487	9FLDJC5Z8DCA25340

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FLDJC5Z8DCA25340	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONYGA	IVA SOAT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

13696845

LLAME GRATIS AL 01 8000 518518 — FURIPS SOA-002

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10004836377

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
THJ84C	BAJAJ	PULSAR 180 UG	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
178	NEGRO AZUL	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD TONELADAS
MOTOCICLETA	TURISMO	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: DJZCCF29487

SERIE	VIN
N	9FLDJC5Z8DCA25340

NÚMERO DE SERIE: 9FLDJC5Z8DCA25340

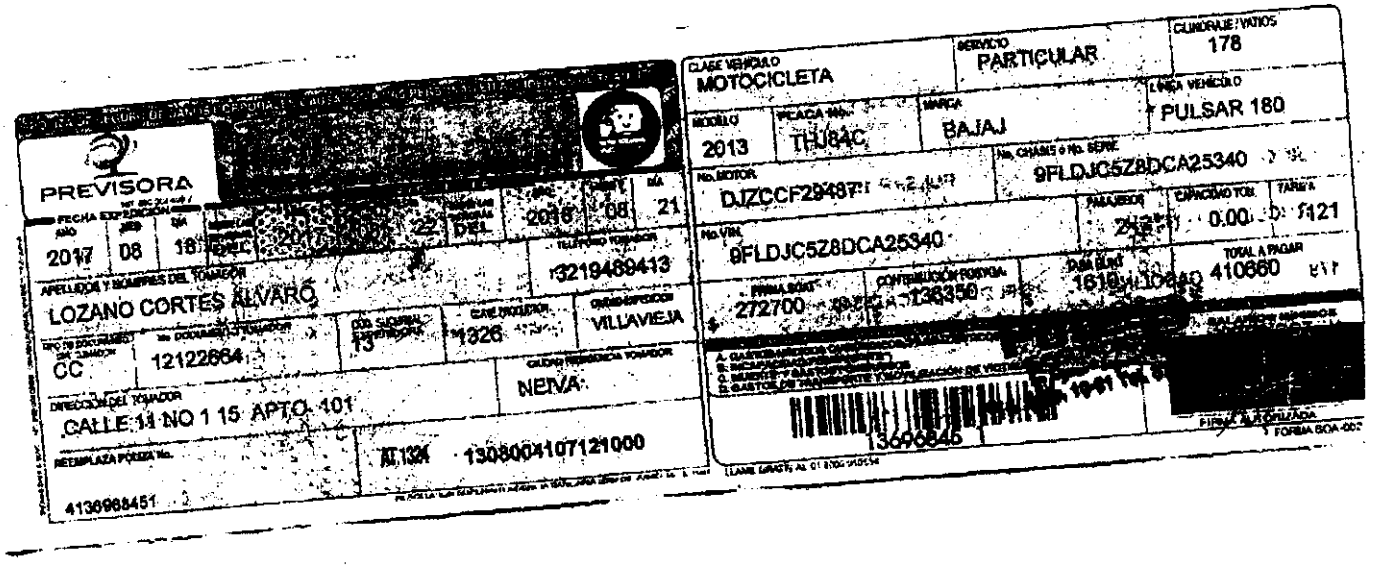
SERIE	NÚMERO DE CHASIS	REG
N	9FLDJC5Z8DCA25340	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES

LOZANO RODRIGUEZ ALVARO

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075219360




PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 08 DIA 18

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: LOZANO CORTES ALVARO

TELEFONO TOMADOR: 3219469413

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 12122664

DIA NACIMIENTO TOMADOR: 13

CODIGO OCUPACION TOMADOR: 1326

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: VILLAVIEJA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 11 NO 1 15 APTO 101

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

RETEMPLAZA POLIZA No.: 4136968451

AT1324 1308004107121000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE / VATIOS: 178

MODELO: 2013

PLACA No.: THJ84C

MARCA: BAJAJ

LINEA VEHICULO: PULSAR 180

No. MOTOR: DJZCCF29487

No. CHASIS o No. SERIE: 9FLDJC5Z8DCA25340

No. VIN: 9FLDJC5Z8DCA25340

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON.: 0.00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT: 272700

CONTRIBUCION FONSAT: 136350

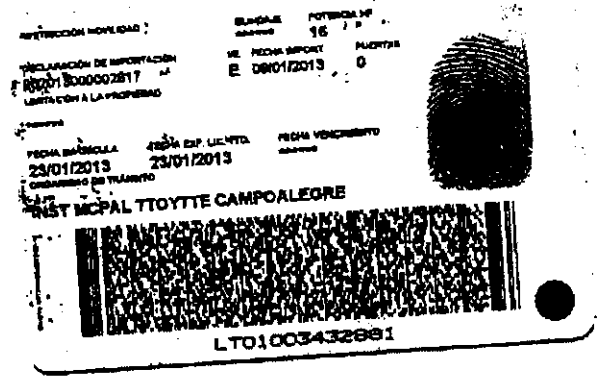
DIAS RIESGO: 1619

TOTAL A PAGAR: 410860

3696845

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-001


DECLARACION DE IMPORTACION: 00001300000217

FECHA MATRICULA: 23/01/2013

FECHA EXP. LICENCIA: 23/01/2013

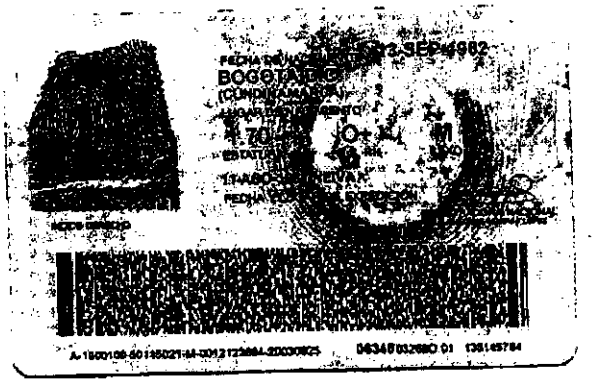
FECHA VENCIMIENTO

CONCESIONARIO DE TRANSITO

CONCESIONARIO: CONCESIONARIO

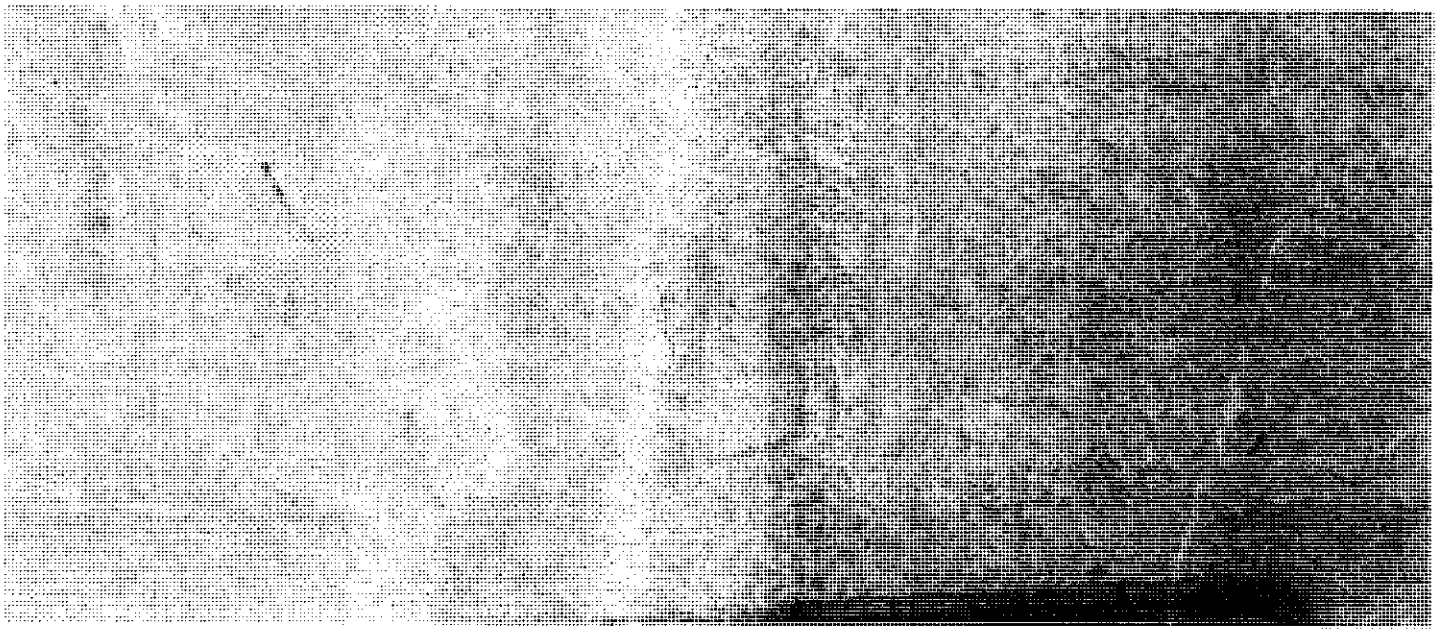
DIST MCPAL TTOYTTE CAMPOALEGRE

LT01003432661


BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LTA0SEP4982



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 46269

CC 12122664

NOMBRE: LOZANO CORTES ALVARO **EDAD:** 55 A **F. NACI:** 62.09.13 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 11 NO 1 15 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8721081 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 27/03/2018 20:55

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS THJ84C CUANDO COLISIONA CON UN PERRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO,

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.03.27-21:00:32>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 46269

*** Patologicos: HTA HCAE 15 AÑOS EN TTO CON ENALAPRIL 20 MG CADA 12 HORAS * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 166/100 **FC:** 72 **FR:** 20 **T:** 36 **SO2:** 98 **PESO:** 80 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

ABRASION EXTENSA EN CARA EXTERNA DEL CODO, ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA, ABRASION EN DORSO DE MANO DERECHA, ABRASION EN CARA ANTERIOR DE LA RODILLA IZQUIERDA, ABRASION EN CARA ANTERIOR DE LA RODILLA DERECHA, DOLOR A LA PALPACION DEL TOBILLO IZQUIERDO, EDEMA EN CARA EXTERNA DEL TOBILLO IZQUIERDO, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46269

CC 12122664
NOMBRE: LOZANO CORTES ALVARO **EDAD:** 55 A **F. NACI:** 62.09.13 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S
DIRECCION: CLL 11 NO 1 15 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8721081 **ZONA:** U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**
PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI
OBSERVACION 27/03/2018 20:55

PIEL
De aspecto normal.
FANERAS
De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S900 TRAUMA EN TOBILLO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.27-21:00:34>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46269
*** PLAN ***

ANALGESIA
CURACION

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE TOBILLO IZQUIERDO AP LATERAL Y ROTA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

--->><<18.03.27-21:51:27>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46269
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE TOBILLO IZQUIERDO SE OBSERVA FRACTURA DE MALEOLO PERONEAL

--->><<18.03.27-21:52:53>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46269
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
SE REALIZA INMOVILIZACION DE TOBILLO IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES

--->><<18.03.27-22:03:13>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46269

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12122664 ADMISION N_: 46269

NOMBRE: LOZANO CORTES ALVARO **EDAD:** 55 A **F. NACI:** 62.09.13 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 11 NO 1 15 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8721081 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/03/2018 20:55

*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:
NO RETIRAR NI MOJAR FERULA DE YESO
MANTENER TOBILLO IZQUIERDO ELEVADO
VENIR MAÑANA 28/03/2018 A LAS 07:30 AM PARA VALORAICON POR ORTOPEDIA, DR GARCIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CEFRADINA 500 MG CANT: 24 TOMAR 1 CADA 8 HORAS
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--><<18.03.27-22:03:31>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46269
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.27-22:03:16 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

--><<18.03.28-08:10:53>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 46269
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN NO ASISTIO PARA VALORACION POR ORTOPEDIA, A ESTA HORA SE DEJA REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S826 FRACTURA DEL MALEOLO EXTERNO	T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46269

CC 12122664

NOMBRE: LOZANO CORTES ALVARO **EDAD:** 55 A **F. NACI:** 62.09.13 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 11 NO 1 15 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8721081 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 27/03/2018 20:55

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.03.27 **HORA:** 22:03:1

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 30 DIAS

Dr. Francisco H. García Ramírez
C.C. 4.[illegible].602
R.M. No. [illegible]

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

2

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Alvaro Lozano No. Documento de Identidad 12122664

Edad 55 Sexo M Dirección Domicilio Cll 11 # 1-15 Ciudad Pereira Teléfono 3721001

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Alvaro, Lozano No. Documento de Identidad 12122664

Edad 55 Sexo M Dirección Domicilio Cll 11 # 1-15 Ciudad Pereira Teléfono 3721001

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa THT04C Vehiculo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 3000041074210000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 22-03-18 Hora 20736

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Cll 8 Forest # 20-05

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Iba como conductor de la moto de placas THT04C sufrí caída con un perro y me accidenté.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Alvaro Lozano identificado con c.c. 12122664 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acento en la ciudad de Pereira Fecha y hora 22-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Alvaro Lozano Cortes

Firma Victima _____ Huella _____ Firma Acompañante _____ Huella _____

Nombre 12122664 Nombre _____

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10546

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10254	NEIVA,25-Abr-2018	14:00:27
LA PREVISORA S.A.			REGIMEN	Observaciones:		
CONTRATO/PLAN			OTRO REGIMEN	PACIENTE: MARTINEZ MARTINEZ LUIS FE		
001	01 SOAT					

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: MARTINEZ MARTINEZ LUIS FELIPE

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075321594	MARTINEZ MARTINEZ LUIS FELIPE				
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: MARTINEZ MARTINEZ LUIS FELIPE	AT1324138316986	1.0	260,414	260,414

Sonaya
CONSORCIO PREVISORA
2017
04 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

FRANCISCO ANDRES HOJA
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

14

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT. 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15583 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT (X) — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica (X) — Ambulancia Medicada ( )

Vehiculo Placa No. GGU 233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: CC (X) | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC.	1075	821	5714. Luis	Felipe	Martinez Martinez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito (X) — Evento Catastrofico ( ) — Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cr 7 con cll 55 — Zona U (X) R ( )

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 02 06 2008 — A las 11 30 AM

Nombre IPS que atendió la victima: clinica de fracturas y ortopedia. Hda

NIT 800 110 181-9 — Código de habilitación 41 001 004 6601

Dirección: cll. 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 — Télefono 8756319

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ana Mra Lora

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

188

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15581

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 02

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OQUOSE

No. DE POLIZA 132413831698 6

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jose nelson cerquera. C.C. 1116915013 DE Doncello

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cr 7 con cll 55 HASTA: clinica de fracturas y ortopedia.

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 07+56. B/ Municipal.

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Luis Felipe Martinez Martinez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075 321 594 DE Neiva.

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Coldser S.A.S

29693

FECHA HORA DE SOLICITUD HORA LLEGADA HORA SALIDA HORA ENTREGA PRIORIDAD

R A N V B

HISTORIA CLINICA

Terapeuta Acompañante Rooms

FECHA NAC. SEXO G.C. A+ A- R+ R- PAC

NOMBRE EDAD

RESIDENCIA ACTUAL Barrio Municipio

DIRECCION DE ATENCION Residencia Trabajo Estudio Parqueadero Vecindario Otro

Estudiante Pensionado Empleado

CAUSA QUE ORIGINA EL TRASLADO Accidente de Tránsito Accidente Laboral Accidente General Terrorismo Lesión Autoinfligida Violencia Social General Deportivo Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANTECEDENTES

Alergias

Medicamentos

Antecedentes Patológicos

Último Alimento Hora Embarazo

EXAMEN FISICO TA FC FR T

Glasgow OCULAR VERBAL MOTOR TOTAL /15

Ojos: 4 Espontánea 3 A la voz 2 A dolor 1 No hay

Verbal: 5 Orientado 4 Confuso 3 Palabras inapropiadas 2 Incomprensible 1 No hay

Motor: 6 Obedece 5 Localiza 4 Retira 3 Flexión anormal 2 Extensión 1 No hay

REVISE TRAUMA SCORE

Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
Presión Sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
Frecuencia Respiratoria	10-29	>29	6-9	1-5	0
Expansión Torácica	Normal	Disminuida	Asimétrica	Ausente	

1. Espinazo
2. Pulgares
3. Mediano a
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Ausente
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical RCP Monitoreo

Aspiración Desfibrilación Impedancia EKG

Oxigenación Inmovilización Móvil Angio

Inmovilización Inmovilización Pelvis

Ventilación Inmovilización Tórax

IMPRESION DIAGNOSTICO

Tratamiento

Remisión

Dra. Ana María Lobo
Médico General
R.M. 1091667678

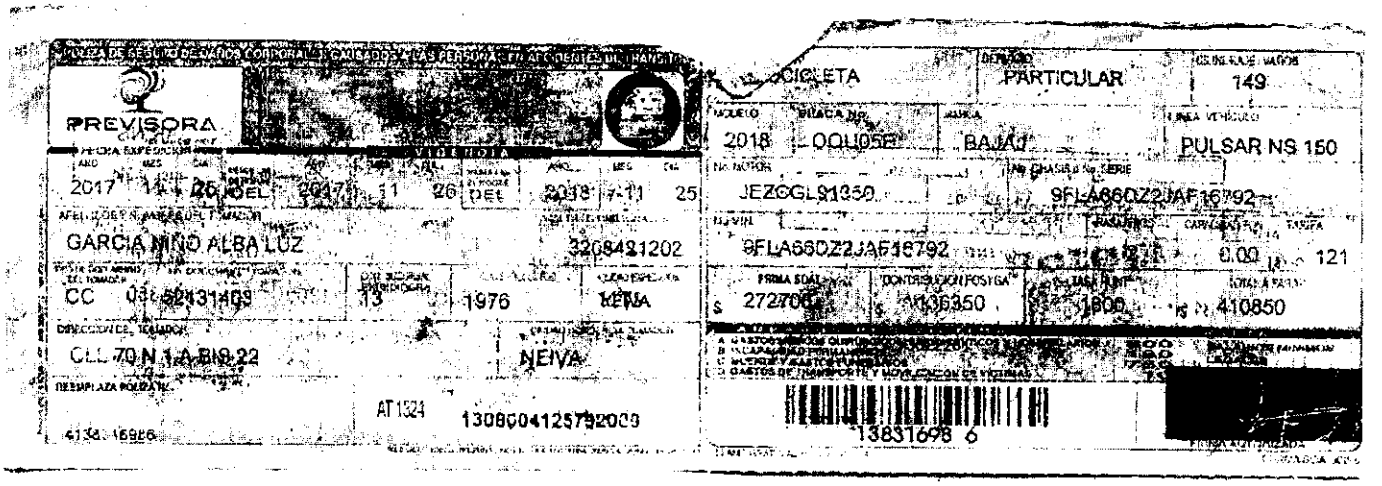
Destino Quien Recibe

Hora Firma

OBSERVACIONES

Nombre del Medico Nombre Auxiliar Nombre Conductor

9



PREVISORA

GARCIA NIÑO ALBA LUZ

CC 3208421202

CLL 70 N 1 A BIS 22

NEIVA

AT1524

13831698

MOTOCICLETA

PARTICULAR

149

2018

OQU05E

BAJAJ

PULSAR NS 150

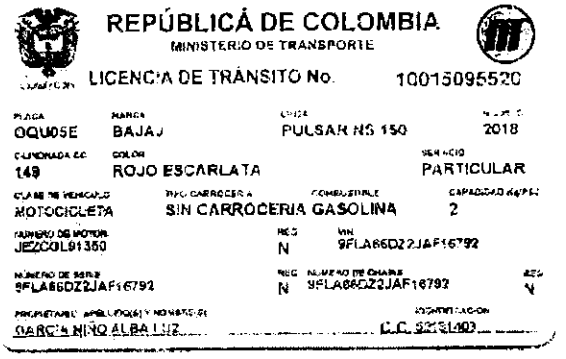
JEZCGL91350

9FLA86DZ2JAF16792

9FLA86DZ2JAF16792

121

410850



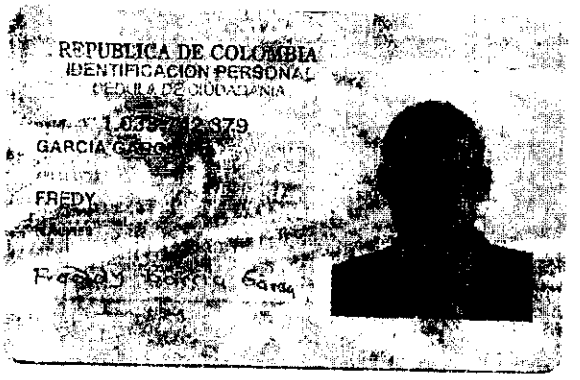
REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015095520

PLACA: OQU05E	MARCA: BAJAJ	LÍNEA: PULSAR NS 150	MODELO: 2018
CILINDRADA CC: 149	COLOR: ROJO ESCARLATA	SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD KG/PAS: 2
NÚMERO DE MOTOR: JEZCGL91350	REG: N	VIN: 9FLA86DZ2JAF16792	
NÚMERO DE SERIE: 9FLA86DZ2JAF16792	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9FLA86DZ2JAF16792	REG: N

PROPIETARIO: GARCIA NIÑO ALBA LUZ — IDENTIFICACIÓN: C.C. 52131403



REPUBLICA DE COLOMBIA

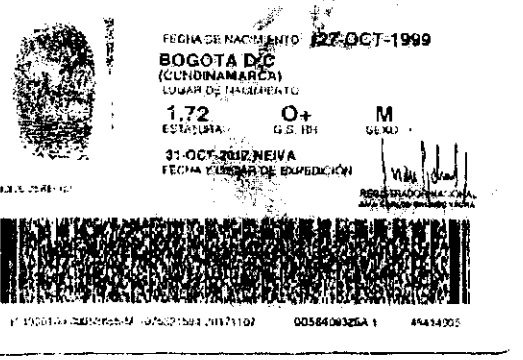
IDENTIFICACION PERSONAL

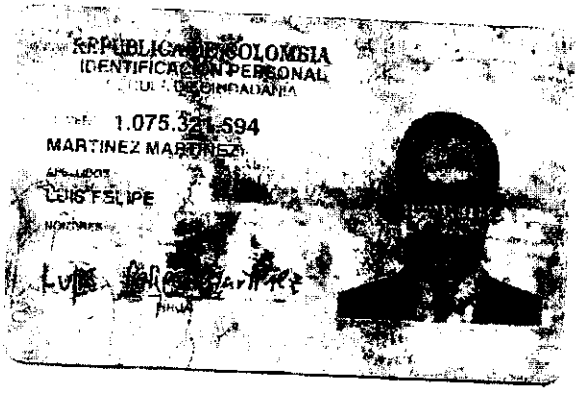
CEDULA DE CIUDADANIA

1.03[illegible]2.379

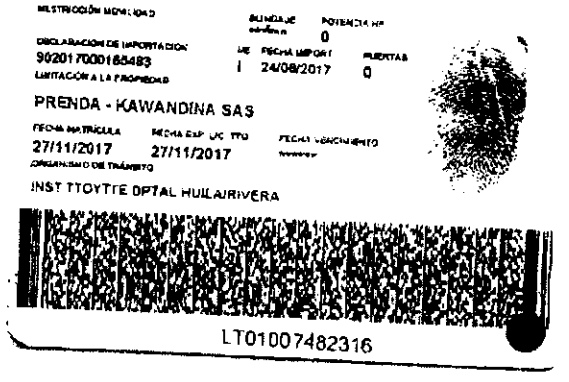
GARCIA CARO[illegible]

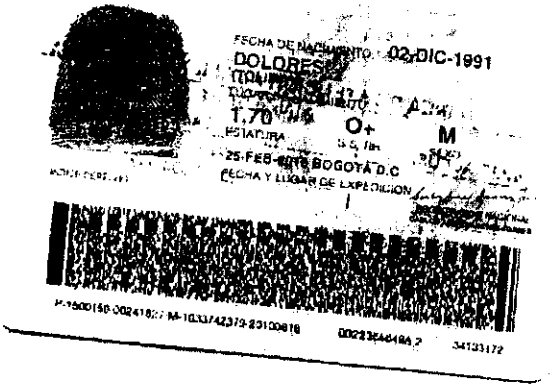
FREDY


FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1,72
O+
M
31-OCT-2017 NEIVA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.075.321.594
MARTINEZ MARTINEZ
LUIS FELIPE


PREVISORA
GARCIA MINO ALBA LUZ
3208421202
CC
NEIVA
CLL 70 N 1 A BIS 22
NEIVA
AT1324
PARTICULAR
149
2018
BAJAJ
PULSAR NS 150
JEZCGL91350
9FLA66DZ2JAF16792
0.00
121
272700
1800
410850


0
902017000165483
24/08/2017
PRENDA - KAWANDINA SAS
27/11/2017
27/11/2017
INST TTOYTTE OPTAL HUILA/RIVERA
LT01007482316


02-DIC-1991
1.70
O+
M
25-FEB-2010 BOGOTA D.C

SALUDLASER SAS
NIT. 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 02 04 18 HORA 0736

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE luis felipe martinez rg
IDENTIFICACION 1075321594
DIRECCION barrio ipacarai
TELEFONO 3504922302
CIUDAD cicla OCUPANTE

2. DATOS DEL VEHICULO

TIPO MOTO MARCA pulsar PLACA OQU-05E
MODELO 1324-138316986 ASEGURADORA Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

DESCRIPCION DEL EVENTO Pte que iba manejando bicicleta y una moto lo golpeo por detras

OQU-05E

En mi condicion de victima de accidente de transito declaro bajo la gravedad de juramento que la informacion suministrada a traves de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente manifiesto que la IPS Saludlaser realizo un traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

luis felipe Martinez
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

1075321594
C.C.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C.

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321594 ADMISION N : 46409

NOMBRE: MARTINEZ MARTINEZ LUIS FELIPE **EDAD:** 18 A **F. NACI:** 99.10.27 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: TORRE 2 IPACARAI **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3504522302 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 02/04/2018 08:35

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE ISBA COMO CICLISTA CUANDO ES ARROLLADO POR LA MOTO DE PLACAS OQUOSE CAUSANDO EL ACCIDENTE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CICLISTA AL COLISIONAR CON MOTOCICELTISTA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.04.02-08:38:03>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 46409

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 123/76 **FC:** 86 **FR:** 20 **T:** 36 **SO2:** 99 **PESO:** 50 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. ABRASIONES EN CARA ANTERIOR DE TERCIO INFERIOR DE PIERNA IZQUIERDA, ABRASION EN CARA MEDIAL DE MUSLO DERECHO.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321594 ADMISION N_: 46409

NOMBRE:MARTINEZ MARTINEZ LUIS FELIPE **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.10.27 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: TORRE 2 IPACARAI **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3504522302 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:ST

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 02/04/2018 08:35

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.04.02-08:38:05>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46409

*** EVOLUCION ***

PACIENTE REFEIRE NO REQUERIR DE ANALGESIA.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- REVALORAR

--->><<18.04.02-09:09:52>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46409

*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR
INCAPACIDAD 1 DIA

--->><<18.04.02-09:11:50>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46409

*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321594 ADMISION N_: 46409

NOMBRE:MARTINEZ MARTINEZ LUIS FELIPE **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.10.27 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S
DIRECCION: TORRE 2 IPACARAI **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3504522302 **ZONA**: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:
PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI
OBSERVACION 02/04/2018 08:35

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

CURACIONES CON ISODINE EN CASA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

--->><<18.04.02-09:12:09>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46409
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.04.02-09:11:54 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: UNO (1) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.04.02 **HORA**: 09:11:5
ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 1 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICINA GENERAL
CC 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10561

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN $$**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-10266	NEIVA, 9-May-2018	11:34:40
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.08	
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**		
001 01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: VELASQUEZ GARCIA LUZ MARI		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: VELASQUEZ GARCIA LUZ MARINA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
25158603	VELASQUEZ GARCIA LUZ MARINA	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: VELASQUEZ GARCIA LUZ MARINA**	AT1324139999731	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
15 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	**Sub_total**	**Total a Pagar**
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

FRANCISCO ARENAS ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.474

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 15501 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. NIT X Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No. 660233 Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7[illegible]3[illegible]3[illegible]8[illegible]2	Luz	Marina	Velasquez	Correa
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 13 Calle C Zona M R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D D M M A A A A A las H H M M

Nombre IPS que atendió la victima Clinica Todos en Lupedia

NIT 900[illegible]3-1 Código de habilitación 410010460

Dirección

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 875 6[illegible]

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, bajo la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Edgar Andres Obando B. Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo R.M. 665-2012 - Res. SST 533-2017

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Edgar Andres Obando B. Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo R.M. 665-2012 - Res. SST 533-2017

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15611

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 25

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO TC1 156

No. DE POLIZA 13291394997 1

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Yeison Diaz Moncada C.C. 1075 1996 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 15 Calle 6 HASTA: Clinica Todos Ortiz

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 66-233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Yul Moreno

Velasquez Garcia IDENTIFICADO CON C.C. No. 83 13 2003 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludioser S.A.S.

23611

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
					R A N V B

No HISTORIA CLINICA

1er apellido — Nombres

FECHA NA/TO — SEXO M [ ] F [ ] TI [ ] — C.C [ ] R.C [ ] PAS [ ] — NACIONALIDAD — EDAD

RESIDENCIA ACTUAL — Dirección — Barrio — Municipio — Departamento — País — Teléfono

DIRECCIÓN DE ATENCION — Residencia [ ] Trabajo [ ] — Vía pública [ ] Otros [ ] — Convenio [ ] Casa [ ] Placa — ACOMPAÑANTE — PÓLIZA No — EPS C [ ] EPS S [ ] — Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO — Accidente Tránsito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Común [ ] — Terrorismo [ ] Lesión por agresión [ ] Enfermedad General [ ] — Catastrofe [ ] Otro [ ]

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias

Medicamentos

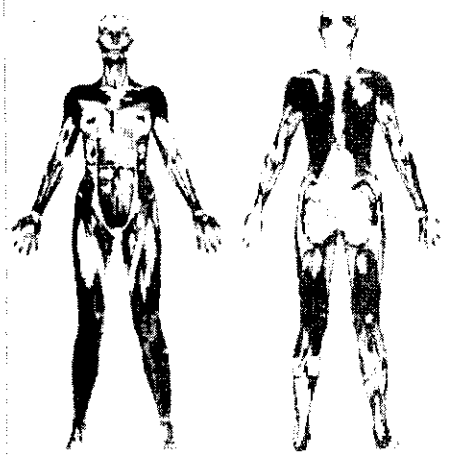
Antecedentes Patológicos

Último Alimento — Líquidos — Embarazo

Lesiones

EXAMEN FISICO — TA — FC — FR — T — NEUROLOGICO — PUPILAS D — mm I — mm

A.V.	6 Ordenes	4 Retira	2 Extensión	
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No hay	
E.V.	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay	
	4 Confusa	2 Incomprensible		
A.O.	4 Espontánea	2 Al dolor	TOTAL	
	3 Al llamado	1 No hay	/15	



1 Heridas
2 Abrasión
3 Hematoma
4 Contusión
5 Deformidad
6 Fractura Abierta
7 Quemadura
8 Edema
9 Amputación
10 Avulsión
11 Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

	Valor				
Respiratoria	4	3	2	1	0
Presión	4	3	2	1	0
Glasgow	4	3	2	1	0

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical [ ] — RCP [ ] — Monitoreo [ ]
Aspiración [ ] — Hemostasia [ ] — Líquidos IV [ ]
Oxigenación [ ] — Inmovilización de Extremidades [ ] — Yeso [ ]
Intubación [ ] — Inmovilización de Pelvis [ ] — Otro [ ]
Ventilación [ ] — Inmovilización Total [ ]

Destino
Recibido por
Forma de Entrega — Vivo [ ] Muerto [ ]
Firma del Paciente

Tipo Lesión [ ]
Condición [ ]

OBSERVACIONES

Nombre del Medico — Nombre Auxiliar — Nombre Conductor

Edgar Andres Obando A.
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 2065-2012 Res SST 532-20

9

SALUDLASER SAS
NIT 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 25-03-19 HORA 06 21

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Luz Marina Velasquez Garcia
C.C. 25158603
DIRECCION cl 19A # 51-23
TELEFONO / CELULAR 3187448999
GENERO: FEMENINO MASCULINO X EDAD: OCUPANTE ( ) PEATON ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

TIPO Moto MARCA Suzuki LINEA FCI 18E
PLACA 1324-139999991 MODELO Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO DEL ACCIDENTE Pta que iba como Peaton y es arrollada por una moto

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por las IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que el IPS Saludlaser realizó un tratamiento entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no recibirá ningún tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Luz Marina Velasquez G
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C. 25158603

NOMBRE Y FIRMA DE LA ACOMPAÑANTE

C.C.

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	25158603
NOMBRES	LUZ MARINA
APELLIDOS	VELASQUEZ GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO	09/09/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

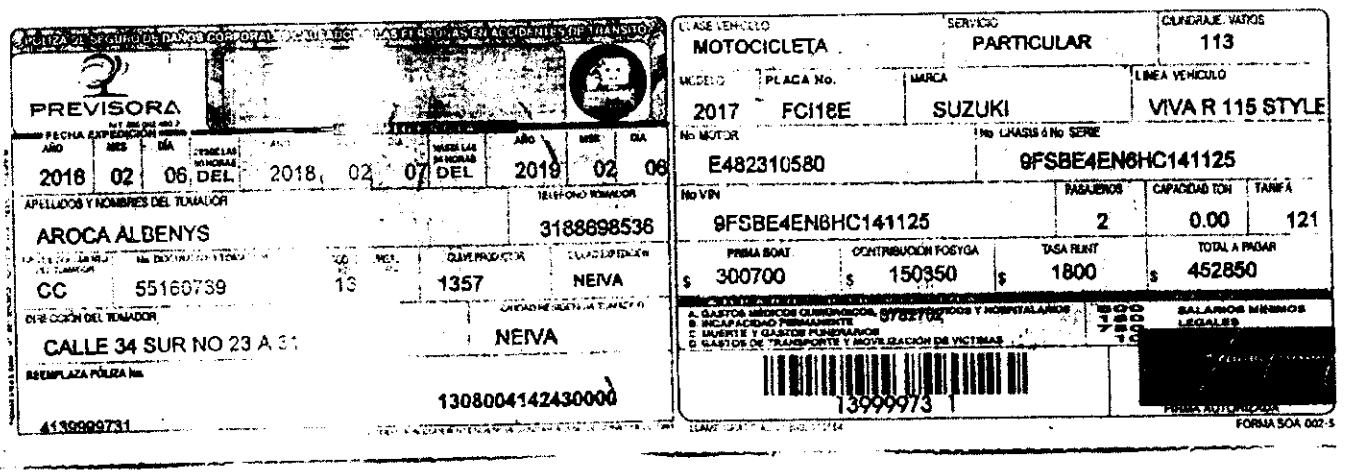
Fecha de Impresión:	03/25/2018 18:41:12	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 31/12/9999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el procedimiento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.



PREVISORA

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE. VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	113

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2017	FCI18E	SUZUKI	VIVA R 115 STYLE

No MOTOR	No CHASIS ó No SERIE
E482310580	9FSBE4EN6HC141125

No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9FSBE4EN6HC141125	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS
2018	02	06	DEL 2018	02	07	2019	DEL 02 06

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: AROCA ALBENYS

TELEFONO TOMADOR: 3188698536

No IDENTIFICACION DEL TOMADOR	DD	MM	CLAVE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICION
CC 55160739	13		1357	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 34 SUR NO 23 A 31

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

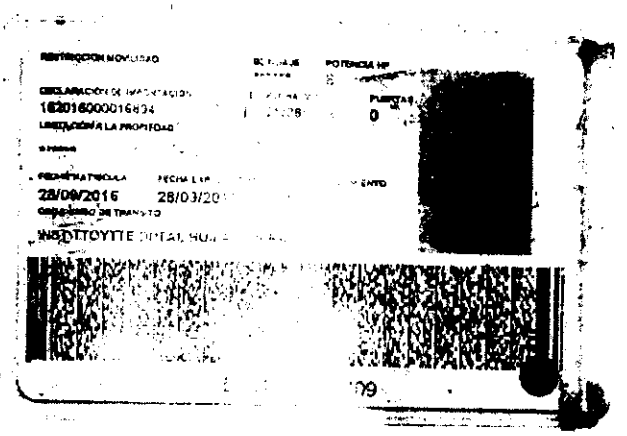
REEMPLAZA PÓLIZA No.

1308004142430000

4139999731

13999973

FORMA SOA 002-5



RESTRICCION MOVILIDAD

DECLARACION DE IMPORTACION: 18201600016834

LIMITACION A LA PROPIEDAD

POTENCIA HP: 0

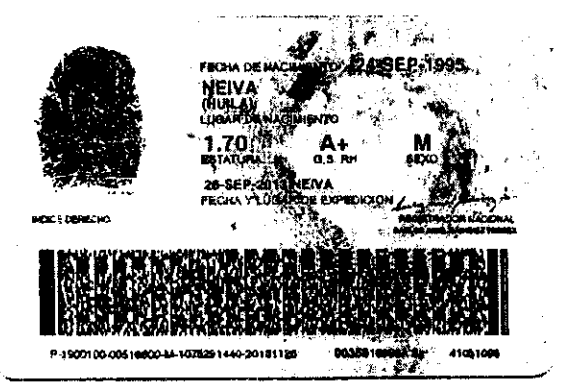
PUERTAS

MATRICULA: 28/09/2016

FECHA MATRICULA: 28/03/20

ORGANISMO DE TRANSITO

MARCA: TOYOTA



FECHA DE NACIMIENTO: 28 SEP 1995

NEIVA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

28-SEP-2013 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Luz velasquez Garcia No Documento de Identidad 25158603

Edad 54 Sexo F Dirección Domicilio cll 19 # 51-23 Ciudad Neiva Teléfono 3187498999

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Juan Diaz Garzon No. Documento de Identidad 1075291440

Edad 22 Sexo M Dirección Domicilio 95 #14-99 Ciudad Neiva Teléfono 3125105313

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Suzuki Placa FCL18E Vehículo moto

Aseguradora Previsora Póliza No. 130800419430000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 25-03-18 Hora 1812

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante ____ Peatón X	cra 15 cll 6

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo luz velasquez iba como Peaton cuando soy arrollada por la moto de placas FCL18E causandome lesiones

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Luz velásquez Garcia identificado con c.c. 25158603 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 25-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima 25158603 Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Luz Marina Velazquez

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 46079

CC 25158603

NOMBRE: VELASQUEZ GARCIA LUZ MARINA **EDAD:** 54 A **F. NACI:** 63.05.12 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 19 # 51 23 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3187448999 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 25/03/2018 18:56

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON CUANDO ES ARROLLADA POR LA MOTO DE PLACAS FCI18E CAUSANDOLE LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE PEATON, CAUSANDOLE POLITRAUMATISMOS, AL PARECER SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, RECUERDA LOS HECHOS

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesquelético: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.03.25-19:05.06>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41655-12 - MEDICINA GENERAL) H.C. 46079

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

--->><<2018.03.25-20:25:13>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127706 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 46082

PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL SIN TRATAMIENTO

CARDIOVASCOLARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: MULTIPLES LIMPIEZAS QUIRURGICAS EN MIEMBROS INFERIORES EN LA INFANCIA

ANESTESICOS: MULTIPLES ANESTESIAS GENERALES SIN COMPLICACIONES

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NEGATIVOS

OTROS: NO REFIERE

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 164/94 **FC:** 78 **FR:** 18 **T:** 36 **SO2:** 98 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AC:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46079

CC 25158603

NOMBRE:VELASQUEZ GARCIA LUZ MARINA **EDAD**: 54 A **F. NACI**:63.05.12 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 19 # 51 23 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3187448999 **ZONA**:U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 25/03/2018 18:56

TORAX

Torax normoconfigurado, DOLOR EN REJA COSTAL DERECHA, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASIONES EN RODILLA DER, HERIDA DE APROX 11 CM EN CARA ANTERIOR DE LA PIERNA DER, DOLOR Y EDEMA LOCAL. perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S801 TRAUMA DE LA PIERNA DER

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S818 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S203 TRAUMA COSTAL DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.25-19:05:08>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46079

*** PLAN ***

PACIENTE CON TRAUMA EN PIERNA DER Y HERIDA COMPLEJA EN PIERNA DER, TRAUMA COSTAL SIN REPERCUSION VENTILATORIA, SE INDICA INGRESAR A OBSERVACION PARA TRATAMIENTO MEDICO, SS IMAGENES DE AYUDA DX

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 3 1 AMP IV CADA 8 HORAS
CEFRADINA X 1GR AMP FARMACOLOGICA CANT: 4 1 GR IV CADA 6 HORAS
CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 3 BOLO 500 CC LUEGO A 80 CC/H

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46079

CC 25158603
NOMBRE: VELASQUEZ GARCIA LUZ MARINA **EDAD:** 54 A **F. NACI:** 63.05.12 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U
DIRECCION: CLL 19 # 51 23 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3187448999 **ZONA:** U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**
PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI
OBSERVACION 25/03/2018 18:56

CLORURO SODIO AL 0.9X100ML BAXTER CANT: 6 PARA DILUCIONES
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 APLICAR IM

-OBSERVACION
-NADA VIA ORAL
-PASAR A SALA DE RX
-CURACION DE ABRASIONES Y LAVADO DE HERIDA
-SS VALORACION POR ORTOPEDIA
-PROTOCOLO ANTICAIDAS
-CSV AC

--><<18.03.25-20:02:02>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46079
*** EVOLUCION ***

SE REPORTAN IMAGEN

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA: SE EVIDENCIA FRACTURA DE PERONE DISTAL

--><<18.03.25-20:06:51>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 46079
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA EN PIERNA DERECHA Y REJA COSTAL DERECHA ; AL EXAMEN FISICO PRESENTA HERIDA DE 11 CM DE BORDES IRREGULARES CON COMPROMISO DE TEJIDOS BLANDOS PROFUNDOS ; LAS IMAGENES MUESTRAN FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE PERONE. SE INDICA PASAR A SALAS DE CIRUGIA

DX
-HERIDA COMPLEJA EN PIERNA DERECHA TERCIO MEDIO
- FRACTURA DE PERONE DISTAL DERECHO

CONDUCTA
- NADA VIA ORAL
- PASAR A SALAS DE CIRUGIA

--><<18.03.25-20:07:43>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46079
*** EVOLUCION ***

SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE CIRUGIA

*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 25158603 ADMISION N : 46079

NOMBRE: VELASQUEZ GARCIA LUZ MARINA **EDAD:** 54 A **F. NACI:** 63.05.12 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 19 # 51 23 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3187448999 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 25/03/2018 18:56

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.03.25-20:07:35 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S824 FRACTURA DEL PERONE SOLAMENTE DISTAL DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S818 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S203 TRAUMA COSTAL DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: **FECHA:** 18.03.25 **HORA:** 20:07:3

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Ana María Lobo M.
MEDICINA GENERAL
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10562

ENTIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.	EVENTO	1-10267	NEIVA, 9-May-2018		11:36:23
DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.08	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: GAMBOA GONZALEZ YESIKA MA			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: GAMBOA GONZALEZ YESIKA MARIA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075599709	GAMBOA GONZALEZ YESIKA MARIA	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: GAMBOA GONZALEZ YESIKA MARIA	AT1324136003873	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
15 MAY 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Saludlaser SALUD LASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15664 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI. — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio Vehiculo Placa No.: HFU706 — Ambulancia Básica: X — Ambulancia Medicada:

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1		1075599709	yesika	maria	Gamboa	Gonzalez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito: X — Evento Catastrofico: — Evento Terrorista:

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cra 5 sur con cll 35 — Zona: X | R

Departamento: Huila Cod. cll

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 23 MAY 08 — A las: 23 PM

Nombre IPS que atendió la victima: clinica de fracturas y ortopedia

NIT: 900 110 181-9 — Código de habilitación: 410010011661 01

Dirección: cll 19 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15204

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 16 MES 03 DIA 27

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: OPE35E

No. DE POLIZA: 1324136003875

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): William andres Ramos C.C. 1075235957 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 5 ser con cll 35 B/ zona industrial HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

- [X] AMBULANCIA
- [ ] SERVICIO PUBLICO Hora 23:10
- [ ] PARTICULAR
- [ ] OTRO

PLACA No. HFU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Yesika maria Gamboa Gonzalez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075599709 DE Colombia

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludioser S.A.S. HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 29686

FECHA | HORA DESPACHO | HORA LLEGADA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido | 2do apellido | Nombres

FECHA NA/TO | SEXO M F | C.C. T.I. | R.C. C.E. | PAS. | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio | Departamento | Pais | Telefono

DIRECCIÓN DE ATENCION | Residencia | Trabajo | Vivienda | Otros | Comercio | Cual: | Placa: | POLIZA No. | EPS-C | Estudiantil | Prepagada | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO | Accidente Tránsito | Accidente Laboral | Accidente Comun | Terrorismo | Lesion por agresión | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS:

Alergias

Medicamentos:

Antecedentes Patológicos:

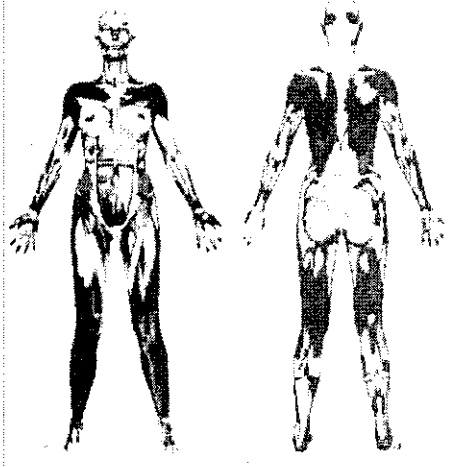
Ultimo Alimento: horas Embarazo

Cirugias

EXAMEN FISICO TA: FC: FR: T:

NEUROLOGICO PUPILAS D: mm I: mm

R.M	6 Obedece	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R.V:	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	4 Espontánea	2 Al dolor	TOTAL		
	3 Al llamado	1 No hay	/15		



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiración	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Presión arterial	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP		Monitoreo
	Aspiracion		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilización MsSs		Asepsia
	Intubacion		Inmovilización MsIs		Otro
	Ventilación		Inmovilización Total		

OBSERVACIONES

IMPRESION DIAGNOSTICA:

Trasladado a:

Recibido por:

Se entrega Vivo Muerto

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAB

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Nombre Conductor:

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2017	07	26	2017	07	27	2018	07	26

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ARIAS QUINTERO JOSUE JUANCARLOS — 3219428599

CC 83225136 — 13 — 1976 — NEIVA

DIRECCIÓN: CRA 6A N 7-12 — TERUEL

REEMPLAZA POLIZA No: 4136003873

AT 1324

1308004102868000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VALOR
MOTOCICLETA	PARTICULAR	125

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OPE35E	TVS	TVS STRYKER

No MOTOR: FF4AH1365563 — No CHASIS o No SERIE: MD625BF44H1A04943

No VIN: MD625BF44H1A04943 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONSAT	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

AMPAROS Y VALORES

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMO LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

3373772

13600387 — Cra. 4 No. 10-61 Tel. 871 760

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014384046

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OPE35E	TVS	TVS STRYKER	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
125	NEGRO ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSL
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR: FF4AH1365563 — REG: N — VIN: MD625BF44H1A04943

NUMERO DE SERIE — REG: N — NUMERO DE CHASIS: MD625BF44H1A04943 — REG: N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): ARIAS QUINTERO JOSUE JUAN CARLOS — IDENTIFICACION: C.C. 83225136

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.075.599.709
GAMBOA GONZALEZ
YESIKA MARIA

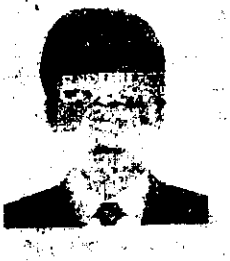
Yesika Gamboa

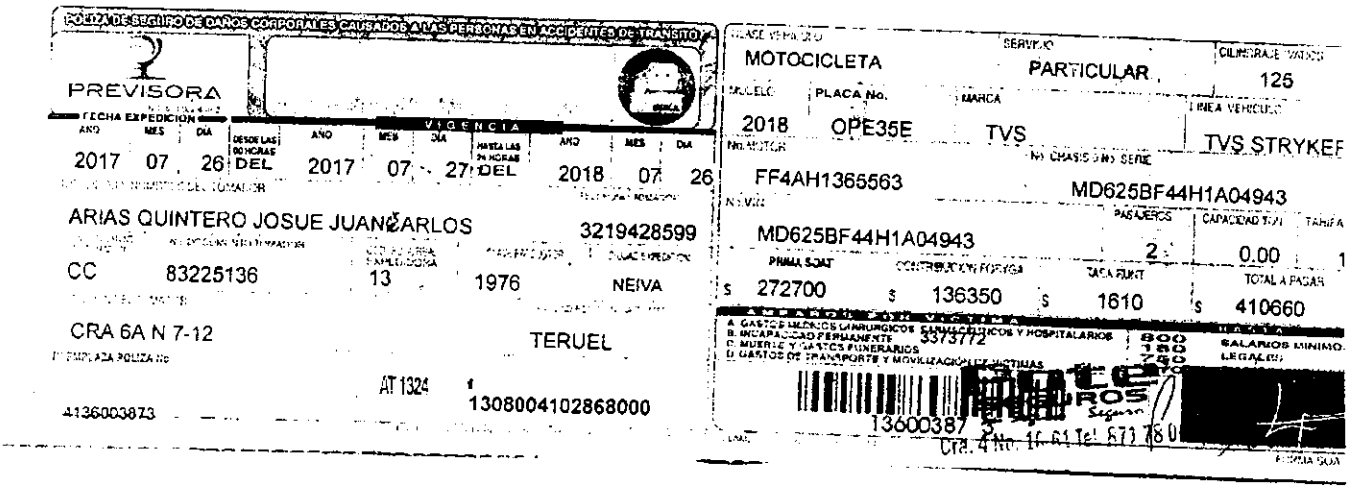


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.075.295.404
ARIAS GONZALEZ
MARIO ALBERTO

MARIO ALBERTO ARIAS GONZA





PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: 2017 07 26

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL 2017 07 27 — HASTA LAS 24 HORAS DEL 2018 07 26

ARIAS QUINTERO JOSUE JUANCARLOS — 3219428599

CC 83225136 — 13 — 1976 — NEIVA

CRA 6A N 7-12 — TERUEL

AT 1324

1308004102868000

4136003873

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE: 125

MODELO: 2018 — PLACA No.: OPE35E — MARCA: TVS — LINEA VEHICULO: TVS STRYKEF

No. MOTOR: FF4AH1365563 — No. CHASIS O NO. SERIE: MD625BF44H1A04943

No. VIN: MD625BF44H1A04943 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 1

PRIMA SOAT: $ 272700 — CONTRIBUCION FOSYGA: $ 136350 — TASA RUNT: $ 1610 — TOTAL A PAGAR: $ 410660

AMPARADOS POR VICTIMA

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 3373772 — 800 — SALARIOS MINIMO LEGALES

B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 180

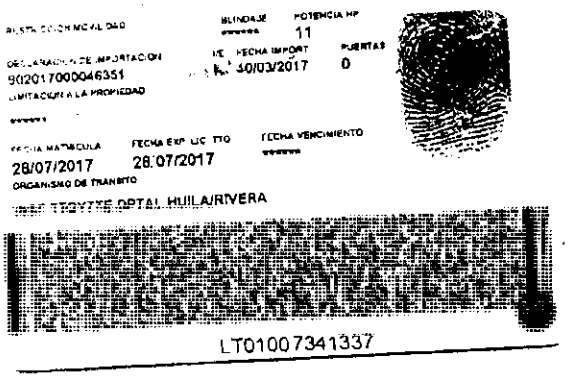
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 180

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS — 720

13600387 5

Cra. 4 No. 16-61 Tel: 571 780

FIRMA SOA



BLINDAJE: ****** — POTENCIA HP: 11

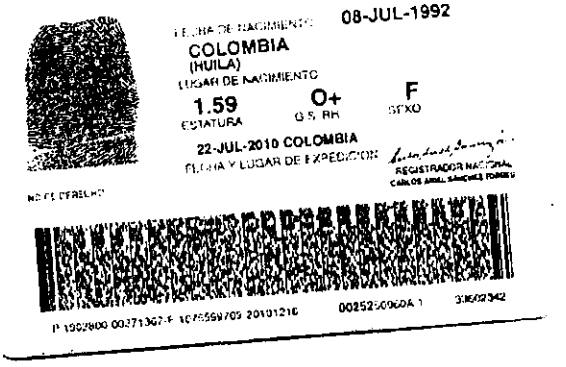
DECLARACION DE IMPORTACION: 902017000046351 — F. FECHA IMPORT: 30/03/2017 — PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD: ******

FECHA MATRICULA: 28/07/2017 — FECHA EXP. LIC. TTO: 28/07/2017 — FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRANSITO: TOYOTA OPTAL HUILA/RIVERA

LT01007341337



FECHA DE NACIMIENTO: 08-JUL-1992

COLOMBIA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA — O+ G.S. RH — F SEXO

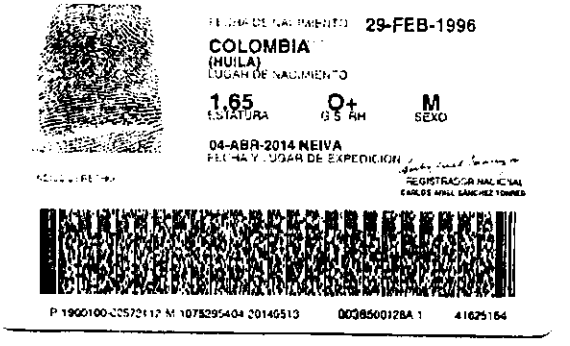
22-JUL-2010 COLOMBIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

NO ES DERECHO

P 1902800 00271302-F 1075599709 20101216 0025210960A 1 336023/2



FECHA DE NACIMIENTO: 29-FEB-1996

COLOMBIA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA — O+ G.S. RH — M SEXO

04-ABR-2014 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P 1900100-2057212 M 1075295404 20140513 0038500128A 1 41625164

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 27-03-18 HORA 23:10

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE YESIKA MARIA EMBOA

IDENTIFICACION 1075599709

DIRECCION cl 4C # 20-10

TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 318 226 7411

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR PEATON OCUPANTE X

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo MOTO Marca TVS Placa OPE 35E

Poliza No 1324-13600387-3 Aseguradora PREVISORA

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Pte que iba como pasajera de moto y se caen solos al perder el control de la moto y terminan chocando con el bompoy.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condicion de victima de accidente de transito declaro bajo la gravedad de juramento que la informacion suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Yesika Emboa

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C. 1075599709

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075599709 **ADMISION N_:** 46276

NOMBRE: GAMBOA GONZALEZ YESIKA MARIA **EDAD:** 25 A **F. NACI:** 92.07.08 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLLE 4C # 20 - 10 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3182267411 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/03/2018 23:57

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE SE MOVILIZABA COMO PASAJERA DE LA MOTO DE PLACAS OPE35E QUE PIERDEN EL CONTROL DE LA MISMA Y CAEN EN UN ROMBOY

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADA EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN HOMBRO DERECHO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.03.28-00:03:43>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 46276

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/70 **FC:** 72 **FR:** 18 **T:** **SO2:** 98 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

DOLOR A LA COMPRESION DE PELVIS, ABRASION EN CADERA DERECHA

EXTREMIDADES

DOLOR A LA PALPACION DE HOMBRO DERECHO, ABRASION EN HOMBRO DERECHO, ABRASION EN CARA EXTERNA DEL TOBILLO DERECHO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 46276

CC 1075599709

NOMBRE:GAMBOA GONZALEZ YESIKA MARIA **EDAD**: 25 A **F. NACI**:92.07.08 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLLE 4C # 20 - 10 **CIUDAD**: **TELEFONO**:3182267411 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 27/03/2018 23:57

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S300 TRAUMA EN PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S400 TRAUMA EN HOMBRO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.28-00:03:46>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46276
*** PLAN ***

ANALGESIA
CURACION

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE PELVIS

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

--->><<18.03.28-01:07:17>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46276
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE HOMBRO DERECHO SE OBSERVA NORMAL
RX DE PELVIS SE OBSERVA NORMAL

--->><<18.03.28-01:08:46>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46276
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR , SE ENUCENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

*** PLAN ***

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075599709 **ADMISION N°:** 46276

NOMBRE: GAMBOA GONZALEZ YESIKA MARIA **EDAD:** 25 A **F. NACI:** 92.07.08 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLLE 4C # 20 - 10 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3182267411 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/03/2018 23:57

** ORDENES MEDICAS:
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR GARCIA
CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA MUCHO DOLOR

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.03.28-01:09:00>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46276
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.28-01:08:54 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S300 TRAUMA EN PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S400 TRAUMA EN HOMBRO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.03.28 **HORA:** 01:08:5

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO **REGISTRO MEDICO**

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10655

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10353	NEIVA,22-May-2018	10:33:35
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.21

CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: RAMIREZ CORTES ANGELA PAO

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075316511	RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA**	at1324139901926	1.0	260,414	260,414

SANBORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÊN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14972 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT — Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica [X] — Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No.: HLY - 370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075311651	ANGELA	PAOLA	RAMIREZ	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] — Evento Catastrofico [ ] — Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: AV 26 # 37 - 11 — Zona U [X] R [ ]

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 2 9 M M A A A A — A las: H H M M

Nombre IPS que atendió la victima: [illegible]

NIT: [illegible] — Código de habilitación: [illegible]

Dirección: [illegible]

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: [illegible]

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de Salud, declaro bajo gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador [illegible] Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

Omar Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo 2012 - Res. SST 533-2017

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Omar Andres Obando B Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo 2012 Res SST 533-2017

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

225

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15075

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	02	25

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: OQX 67E

No. DE POLIZA: 13241399019276

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) JAVIER FERNANDO RODRIGUEZ C.C. 7727617 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: AV 26 # 37 - 11 14:16 HASTA: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFY 370

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR ANGELA PAOLA RAMIREZ CONTES IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075316511 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SoluVaser S.A.S. NIT. 900.324 272-2

HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA

29125

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
25/12/2018	14:16	14:27	14:31	14:40	R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Ramirez	Cortez	Angela Paola	1075316511

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
25/oct/1998	M ☐ F ☒	T.I. ☐	C.E. ☐	☐	1075316511	19

RESIDENCIA ACTUAL
Direccion: Cll 21 d # 2-71 Barrio: Limonar Municipio: Palmira
Departamento: Valle Pais: Colombia Telefono 311 456 9103

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN Cra 26 # 31-11
Residencia ☐ Trabajo ☐ Via publica ☒ Otros ☐ Comercio ☐ Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE POLIZA No. Placa:
EPS-C ☐ EPS-S ☐
Estudiantil ☐ Prepagada ☐ Vinculado ☐

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
☒ Accidente Tránsito ☐ Accidente Laboral ☐ Accidente Comun
☐ Terrorismo ☐ Lesion por agresión ☐ Enfermedad General
☐ Catástrofe ☐ Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina [illegible] en la cual se procede a [illegible] sobre piso.

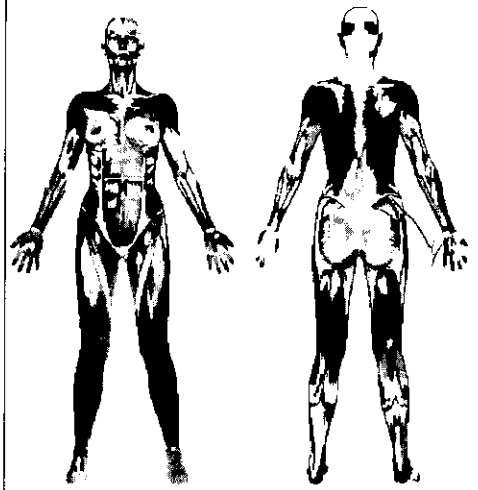
Alergias: Niega
Medicamentos: Niega
Antecedentes Patalògicos: Niega
Ultimo Alimento: horas Embarazo
Cirugìas: Niega

EXAMEN FISICO TA: [illegible] FC: [illegible] FR: [illegible] T:

NEUROLÒGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	(6) Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexiòn anormal	1 No hay		
R.V:	(5) Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	(4) Espontànea	2 Al dolor			
	3 Al llamado	1 No hay			

TOTAL 15 /15



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistòlica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

☐	Collar Cervical	☐	RCCP	☒	Monitoreo
☐	Aspiraciòn	☐	Hemostasia	☐	Liquidos I.V.
☐	Oxigenaciòn	☐	Inmovilizacion MsSs	☒	Asepsia
☐	Intubacion	☐	Inmovilizacion MsIs	☐	Otro:
☐	Ventilaciòn	☐	Inmovil zacion Total	☐	

IMPRESION DIAGNOSTICA:

Traslado a: Clinica
Recibido por:
Se entrega Vivo Muerto
Firma del Paciente

Edgar Andres Obando B
Medico Especialista en Salud en el Trabajo
Medicina del Trabajo
R.M. 665-2012 - Res. SST 531-2017

Tipo unidad TAM ☐ TAB ☒

OBSERVACIONES

HFY 370

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Nombre Conductor:

SALUDLASER SAS

NIT 900.324.272-2
DIR. CALLE 11 A NO. 6-46 TEL'S: 8752231
E-MAIL: SALUDLASER2011@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 25 Febrero 2018 HORA 14 46

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Angela Paola Ramirez Cote

IDENTIFICACION 1075316.511

DIRECCION Cll 21a #36-71 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca KYMCO Placa OQX62E

Poliza No 1324137790.192-6 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Paciente femenina, mayor de edad que iba como ocupante de moto que es agredida y la cual moto que se fuga del lugar de accidente.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Angela Paola Ramirez C. — NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075316

Daniel Toledo Salazar — NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C 1075308016

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA
2017	12	27	2017	12	28	2018	12	27

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA — No. IDENTIFICACION TOMADOR: 3202575752

TIPO DOCUMENTO IDENTIFICACION	No. DOCUMENTO IDENTIFICACION	No. SUCURSAL EXPEDIDORA	No. EMPLEADO	CIUDAD EXPEDICION
CC	1075316511	13	1335	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 21A NO 36 51 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

RECIBO PAGO POLIZA No: AT1324 — 1308004133487000

4109901920

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / TONS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	125

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OQX67E	KYMCO	KYMCO TWIST

No. MOTOR: KA25B1008791 — No. CHASIS / No. SERIE: 9FLKAGBA4JCE10905

No. VIN: 9FLKAGBA4JCE10905

PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

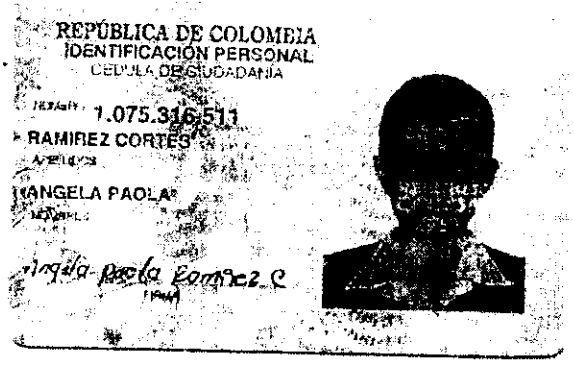
A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS 37
B INCAPACIDAD PERMANENTE
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION

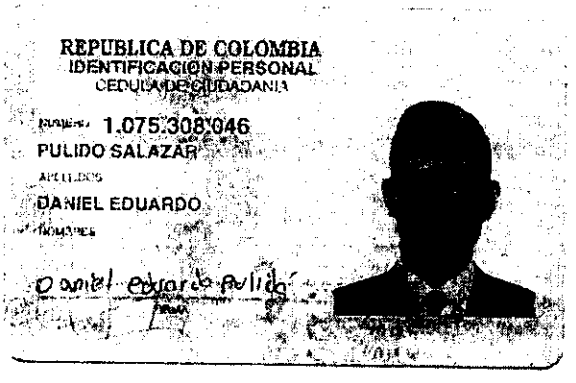
SALARIOS MINIMOS LEGALES

13990192 6

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA 002-5





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015305183

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OQX67E	KYMCO	KYMCO TWIST	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	AZUL ANTARTICA	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg-PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR: KA25B1008791 — REG: N — VIN: 9FLKAGBA4JCE10905

NUMERO DE SERIE: 9FLKAGBA4JCE10905 — REG: N — NUMERO DE CHASIS: 9FLKAGBA4JCE10905 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA — IDENTIFICACION: C.C. 1075316511

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Angela Ramirez Cortes No. Documento de Identidad 1075316511

Edad 19 Sexo F Dirección Domicilio Cll 21A # 36-71 Ciudad Neiva Teléfono 3202575752

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Daniel Pulido Salazar No. Documento de Identidad 1075308646

Edad 20 Sexo M Dirección Domicilio Cll 21A # 36-71 Ciudad Neiva Teléfono 3148660103

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Kumco Placa OQX67F Vehículo moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004133487000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 25-02-18 Hora 14 # 16

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante X Peaton ____	AV 76 # 37-111

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Angela Ramirez Ibarcomo ocupante de la moto de Placas OQX67F Cuando Colisionamos con otra moto y Caigo Causandome lesiones

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Angela Ramirez Cortes identificado con c.c 1075316511 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 25-02-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Angela Maria Ramirez

Firma Victima Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44191

CC 1075316511

NOMBRE:RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA **EDAD**: 19 A **F. NACI**:98.10.30 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 21A # 36 71 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3202575752 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 25/02/2018 14:56

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS OQX67E CUANDO COLISIONAN CON OTRA MOTO Y CAEN CAUSANDOSE LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO, CAUSANDOLE POLITRAUMATISMOS, AL PARECER SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, RECUERDA LOS HECHOS

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.02.25-15:01:00>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) H.U. 44191

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 17/02/2018**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 114/74 **FC**: 78 **FR**: 18 **T**: 36 **SO2**: 98 **PESO**: **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible, DOLOROSO A LA PALPACION EN FLANCO Y FOSA ILIACA DER, NO DISTENDIDO, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASIONES Y DOLOR EN MUSLO DERECHO, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 44191

CC 1075316511

NOMBRE:RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA **EDAD**. 19 A **F. NACI**:98.10.30 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 21A # 36 71 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3202575752 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 25/02/2018 14:56

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S368 TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
T141 ABRASIONES

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S701 TRAUMA DEL MUSLO DER

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.25-15:01:02>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191

*** PLAN ***

PACIENTE CON TRAUMA DE ABDOMEN CERRADO + TRAUMA EN MUSLO DERECHO, ESTABE HEMODINAMICAMENTE SIN SIRS SIN DISNEA, SE INDICA MANEJO MEDICO EN OBSERVAXCION, SS LABORATORIOS

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

RANITIDINA 50 MG/ 2 ML CANT: 3 1 AMP IV CADA 8 HORAS
CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 3 BOLO 500 CC LUEGO A 80 CC/H
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 3 PARA DILUCIONES

-OBSERVACION
-NADA VIA ORAL
-PASAR A SALA DE RX
-CURACION DE ABRASIONES
-PROTOCOLO ANTICAIDAS
-CSV AC

--->><<18.02.25-15:01:28>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

HEMOGRAMA
UROANALISIS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44191

CC 1075316511

NOMBRE:RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA **EDAD**: 19 A **F. NACI**:98.10.30 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 21A # 36 71 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3202575752 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 25/02/2018 14:56

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

SS CH PO

--->><<18.02.25-15:37:02>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX FEMUR DER NORMAL

--->><<18.02.25-15:37:20>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA RX, SE INDICA CONTINUA EN OBSERVACION, PENDIENTE REPORTE DE LAB

--->><<18.02.25-15:52:25>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

CH GB 10200 N 66.1% HCTO 41.9 PLT 287.000

--->><<18.02.25-15:52:46>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191
*** EVOLUCION ***

CH SOLICITADO NORMAL

--->><<18.02.25-17:21:54>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191
*** EVOLUCION ***

RETIRO VOLUNTARIO
SE ATIENDE PACIENTE MANIFIESTA QUE DESEA IRSE DE LA INSTITUCION, que debe hacer diligencias personales, que no desea continuar mas en observacion, SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LA OBSERVACION SINEMBARGO CON SU MADRE INSISTEN, SE LES EXPLICAN LAS CONSECUENCIAS Y POSIBLES CONSECUENCIAS NEGATIVAS SOBRE SU SALUD, ACEPTA Y ENTIENDE, PARA CONSTANCIA FIRMA FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO

--->><<18.02.25-17:22:16>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

FIRMA RETIRO VOLUNTARIO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44191

CC 1075316511

NOMBRE:RAMIREZ CORTES ANGELA PAOLA **EDAD**: 19 A **F. NACI**:98.10.30 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 21A # 36 71 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3202575752 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 25/02/2018 14:56

--->><<18.02.25-17:22:29>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44191

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA. EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.25-17:22:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S368 TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
T141 ABRASIONES

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S701 TRAUMA DEL MUSLO DER

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.02.25 **HORA**:17:22:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Edgar A... Obando B.

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10665

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-10363	NEIVA,22-May-2018		10:57:18
DIRECCION	CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.21	
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: OROZCO RUBIANO JHONY GABR			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: OROZCO RUBIANO JHONY GABRIEL

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1082804917	OROZCO RUBIANO JHONY GABRIEL	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: OROZCO RUBIANO JHONY GABRIEL**	st1324139884186	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14897 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. GGU 233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075260419	JHONY	GABRIEL	OROZCO	RUBIANO
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cll 9 con Kra 7 G Zona [X] R [ ]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El dia 2 0 0 8 2 0 A 6 Alas 1 1 2 8

Nombre IPS que atendió la victima clínica de fracturas y ortopedia

NIT 900 110 181-9 Código de habilitación 4 100100 4 6601

Dirección cll 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institucion Prestadora de salud declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Direccion General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o a Contraloria General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamacion no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS 16611

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA NATURAL QUE PRESTO EL TRANSPORTE

FRANCISCO ANDRES HOYOS REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

237

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15161

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 02 DIA 20

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO PLP33D

No. DE POLIZA 13241377741866

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jose Nelson cerquera C.C. 1116915013 DE doncello

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: C/ 9 con Cra 7G b/ centro HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO Hora 11:03 [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. GGU 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jhony Gabriel Ortega Rubiano IDENTIFICADO CON C.C. No. 1082804917 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludiaser S.A.S. HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 28975

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
20 feb 2018	11:03	11:10	11:21	11:28	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	NOMBRES	
Orozco	Rubiano	Jhony Gabriel	1082804917

FECHA NAC/TO	SEXO	CC	RC	PAS	NUMERO	EDAD
28 feb 1993	M X F	X TI	CE		1082804917	

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: cra 47 54 — Barrio: Centro — Municipio: Tello — Departamento: Huila — Pais: Colombia — Telefono 3143725041

DIRECCION DE ATENCION: cll 9 cra 9 — Residencia / Via publica X / Comercio — Trabajo / Otros — Cual: — ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No 1399418-6 — Placa: PCP 33D — EPS-C Comfamiliar — EPS-S — Estudiantil / Prepagada / Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: X Accidente Transito — Accidente Laboral — Accidente Comun — Terrorismo — Lesion por agresion — Enfermedad General — Catastrofe — Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino que iba como conductor de moto Collsion contra un carro.

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patologicos: No

Ultimo Alimento: horas — Embarazo X

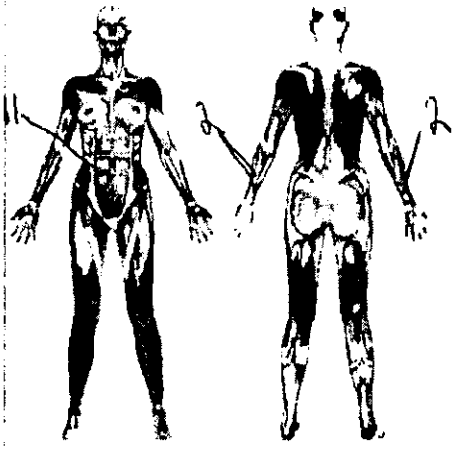
Cirugias: No

EXAMEN FISICO — TA 110/65 — FC 89x' — FR 21x' — T: 36° — NEUROLOGICO — PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R M	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R V	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A O	4 Espontánea	2 Al dolor	TOTAL 13 /15		
	3 Al llamado	1 No hay			

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical	RCCP	X Monitoreo
Aspiracion	Hemostasia	Liquidos I.V
Oxigenacion	Inmovilizacion MsSs	X Asepsia
Intubacion	Inmovilizacion MsIs	Otro
Ventilación	Inmovilizacion Total	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Abrasion antebrazo derecho e izquierdo + Dolor en abdomen.

Traslado a: Clinica de Fracturas

Recibido por:

Se entrega Vivo X Muerto — Firma del Paciente

Ana María Lobo — Médico General

Tipo unidad — TAM — TAB

OBSERVACIONES: GGU 233

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar: Brayan Ortiz

Nombre Conductor: Nelson Urquera

SALUDLASER SAS
NIT. 900.324.272-2
DIR: CALLE 15 A NO. 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER.SAS@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 20/02/2018 HORA 11:03

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jhany Gabriel Orozco

IDENTIFICACION 1082804917

DIRECCIÓN Cra 47 -54 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3199733437250 41

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Yamaha Placa PCP 33D

Poliza No 13999418-6 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que se movilizaba como conductor de moto quien colisiona con un carro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS Moto - Carro

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Jhany Gabriel Orozco

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA 1082804917 NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C C.C

7

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jhony G. Orco No. Documento de Identidad 1082804917

Edad 24 Sexo M Dirección Domicilio Cra 4A 754 Ciudad Tello Teléfono 3143372504

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jhony G. Orco No. Documento de Identidad 1082804917

Edad 24 Sexo M Dirección Domicilio Cra 4 # 7-54 Ciudad Tello Teléfono 3143372504

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Chevrolet Placa PCP330 Vehiculo Pol.

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 3080041412720000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 20-02-18 Hora 11:03

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Cll 9 con cra 9

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Iba con una cuadra de la moto de Placas PCP330 cuando fui chocado por un carro y caí al suelo accidentado

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jhony G. Orco identificado con c.c. 1082804917 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 20/02/18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Jhony Gutierrez.			
Firma Victima	Huella	Firma Acompañante	Huella
Nombre 1082804917.		Nombre	

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA
2018	01	31	DEL	2018	02	01	DEL	2019	01	31

OROZCO RUBIANO JHONNY GABRIEL — 3143725041

CC 1082804917 — 13 — 1373 — TELLO

CARRERA 4 7 54 ROSABLANCA — TELLO

REEMPLAZA POLIZA No. AT1324 — 1308004141272000

4139994185

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	153

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2015	PCP33D	YAMAHA	FZ16

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
45D3077890	9FKKG0349F2077890

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	ALTURA
9FKKG0349F2077890	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FONSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 75
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

13999418 6

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.082.804.917
OROZCO RUBIANO
APELLIDOS
JHONY GABRIEL
NOMBRES
Jhonny Gabriel Orozco
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.813.902
HERNANDEZ TOVAR
APELLIDOS
KATHERINE
NOMBRES
Katherine Hernandez T
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10008566097

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
PCP33D	YAMAHA	FZ16	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	CAPACIDAD KG/PAS
153	NARANJA GRIS	PARTICULAR	2

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	VIN
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	9FKKG0349F2077890

NUMERO DE MOTOR	REC	NUMERO DE CHASIS	REC
45D3077890	N	9FKKG0349F2077890	N

NUMERO DE SERIE — RES N — IDENTIFICACION C.C. 36171603

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES
PUENTES MURCIA ANA JULIA BAUTISTA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43851

CC 1082804917

NOMBRE: OROZCO RUBIANO JHONY GABRIEL **EDAD:** 24 A **F. NACI:** 93.02.28 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 4 NO 7 54 **CIUDAD:** TELLO **TELEFONO:** 3143725041 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 799 TELLO **OBS:** SI

OBSERVACION 20/02/2018 11:50

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS PCP33D CUANDO COLISIONA CON UN CARRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICELTA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.02.20-11:53:08>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 43851

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 130/70 **FC:** 74 **FR:** 23 **T:** 37 **SO2:** 99 **PESO:** 80 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E. CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal. cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. ABRASIONES EN ANTEBRAZO DERECHO Y MUÑECA IZQUEIRDA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43851

CC 1082804917

NOMBRE:OROZCO RUBIANO JHONY GABRIEL **EDAD**: 24 A **F. NACI**:93.02.28 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 4 NO 7 54 **CIUDAD**: TELLO **TELEFONO**:3143725041 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 799 TELLO **OBS**: SI

OBSERVACION 20/02/2018 11:50

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.20-11:53:11>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43851

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.02.20-12:19:53>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43851

*** EVOLUCION ***

SE ATIENDE PACIENTE Y LUEGO DE EXAMEN FISICO REFIERE QUE DESEA IRSE DE LA INSTITUCION POR QUE DEBE REALIZAR DILIGENCIAS URGENTES (ARREGLOS ECONOMICOS CON VEHICULO INVOLUCRADO). SE LE EXPLICA QUE AL ABANDONAR LA CLINICA EN CONTRA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS SE HACE RESPONSABLE POR CUALQUIER COMPLICACION O DAÑO QUE PUEDA PRESENTAR A SU SALUD. EL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE ENTIENDEN Y ACEPTAN. SE FIRMA FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO PARA CONSTANCIA.

--->><<18.02.20-12:20:10>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43851

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.20-12:20:06 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 43851

CC 1082804917

NOMBRE:OROZCO RUBIANO JHONY GABRIEL **EDAD**: 24 A **F. NACI**:93.02.28 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 4 NO 7 54 **CIUDAD**: TELLO **TELEFONO**:3143725041 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 799 TELLO **OBS**: SI

OBSERVACION 20/02/2018 11:50

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.02.20 **HORA**: 12:20:0

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1091867678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10675

ENTIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.	EVENTO	1-10373	NEIVA,22-May-2018	11:14:42
DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.21	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**		
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: CASTRO CHALA YERALDIN		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: CASTRO CHALA YERALDIN

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075285811	CASTRO CHALA YERALDIN	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: CASTRO CHALA YERALDIN**	at1324136962851	1.0	260,414	260,414

Sonia
CONSORCIO PREVISORA
2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.********** **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser
FRANCISCO ANDRES HOJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL | Aceptada, LA ENTIDAD | FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15081 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. C.E. P.A. T.I. [N.I.] Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No.: HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: [C.C.] C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075265811	YERALDIN		CASTRO	CHOLA
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cll 18 Cra 17 Zona [X] [R]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 28 03 2018 A las 14 35

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Ortopedica

NIT: 800110291-9 Código de habilitación: 4100100466C1

Dirección: Cll 18 #6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información comprendida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Dra. Ana María Lobo
Médico General

NOMBRE [redacted] PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Dra. Ana María Lobo
Médico General

FIRMA DEL REPRE[redacted] PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14992

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 02 DIA 26

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OPM85E

No. DE POLIZA 1324136962851

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Gustavo Camilo Reza Losada C.C. 1075953271 DE Neiva Huila

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cll 18 Cra 17 HASTA: Clinica Efectivos antiguo

TIPO DE TRANSPORTE: 12+22 Estado

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU 966

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR YERALDIN CASTRO CHALA IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075265811 DE Neiva Huila

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

29306

PREHOSPITALARIA

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
26 feb 2018	12+22	12+26	12+27	12+35	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

Castro (1er apellido) | Chala (2do apellido) | Yeraldin (Nombres)

FECHA NAITO: 16 ene 1995 | SEXO: M [ ] F [X] | C.C [X] T.I [ ] R.C [ ] C.E [ ] PAS [ ] | NUMERO: 1075285811 | EDAD: 1 0 7 5 2 8 5 8 1 1

RESIDENCIA ACTUAL: Direccion: cll18 N20 09 | Barrio: Brigas | Municipio: Neiva
Departamento: Huila | Pais: Colombia | Telefono: 3138259556

DIRECCION DE ATENCION: cll18 cra 17 | Residencia [ ] | Trabajo [ ] | Via publica [X] | Otros [ ] | Comercio [ ] | Cual

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora | POLIZA No. 13696285-1 | Placa: OPM85E | EPS-C [ ] | EPS-S [ ]

Estudiantil [ ] | Prepagada [ ] | Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO:
- [X] Accidente Tránsito
- [ ] Accidente Laboral
- [ ] Accidente Comun
- [ ] Terrorismo
- [ ] Lesion por agresión
- [ ] Enfermedad General
- [ ] Catàstrofe
- [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina que se movilizaba como ocupante de moto Colisiona contra un Carro.

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalogicos: NO

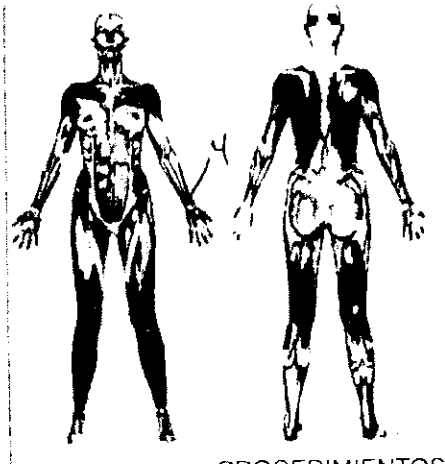
Ultimo Alimento: horas | Embarazo X

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO: TA: 110/65 | FC: 89 x | FR: 21 x | T: 36°

NEUROLOGICO | PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R.V:	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O.	4 Espontanea	2 Al dolor	TOTAL		
	3 Al llamado	1 No hay	15 /15		



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

12

PROCEDIMIENTOS

- [ ] Collar Cervical
- [ ] Aspiracion
- [ ] Oxigenación
- [ ] Intubacion
- [ ] Ventilacion
- [ ] RCCP
- [ ] Hemostasia
- [ ] Inmovilizacion MsSs
- [ ] Inmovilizacion MsIs
- [ ] Inmovilizacion Total
- [X] Monitoreo
- [ ] Liquidos I.V.
- [X] Asepsia
- [ ] Otro.

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trauma en muñeca izquierda.

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega | Vivo [ ] | Muerto [X]

Firma del Paciente

Ana María Cabo M.
MEDICA GENERAL
C.C. No. 1006076
Universidad Surcolombiana

OBSERVACIONES: HFU 906

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar: Brayan Ortiz

Nombre Conductor: Cristian Reyes

80

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 19 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER 2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 28/07/2018 HORA 12:22

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Yeraldin Castro chala

IDENTIFICACION 1075285811

DIRECCION Cll 8 N20-09 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3138259556

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR( ) PEATON( ) OCUPANTE(X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Suzuki Placa OPM85E

Poliza No 1369285-1 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Paciente femenina que iba como ocupante demoto que colisiono con Un Carro

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS el Carro ya no estaba en el sitio del accidente

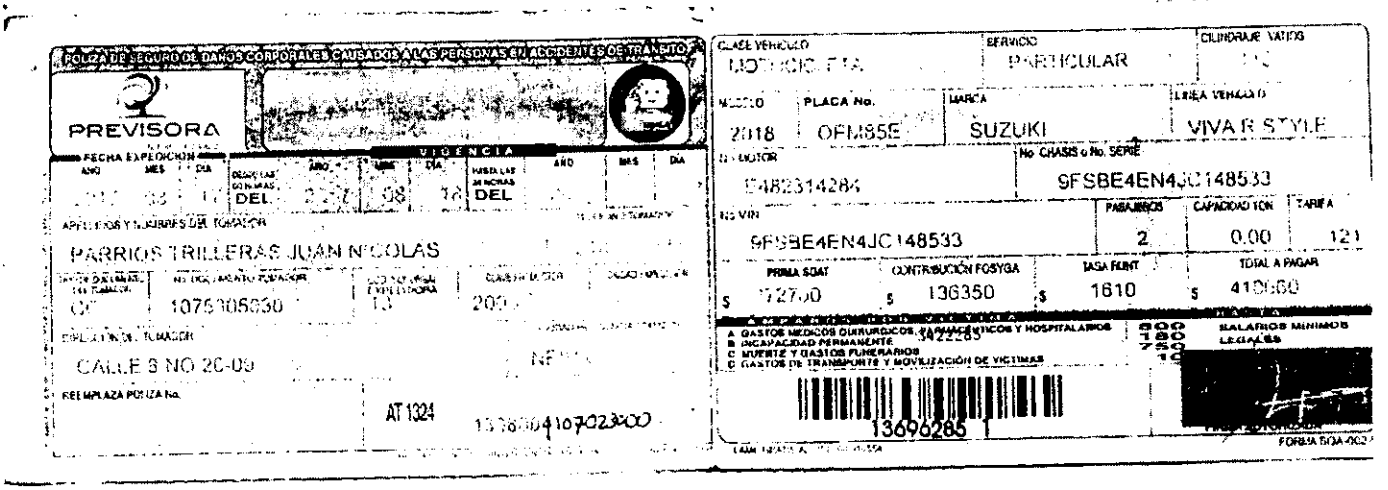
En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Yeraldin Castro
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075285811

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C



PREVISORA

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

VIGENCIA

PARRIOS TRILLERAS JUAN NICOLAS

1075305030

CALLE 3 NO 26-09

AT 1324

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA | SERVICIO: PARTICULAR | CILINDRAJE: 113

MODELO: 2018 | PLACA No.: OPM85E | MARCA: SUZUKI | LINEA VEHICULO: VIVA R STYLE

No. MOTOR: E482314284 | No. CHASIS o No. SERIE: 9FSBE4EN4JC148533

No. VIN: 9FSBE4EN4JC148533 | PASAJEROS: 2 | CAPACIDAD TON: 0.00 | TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 127.00 | CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 136350 | TASA RUNT: $ 1610 | TOTAL A PAGAR: $ 410060

A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES

B INCAPACIDAD PERMANENTE 180

C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750

D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 10

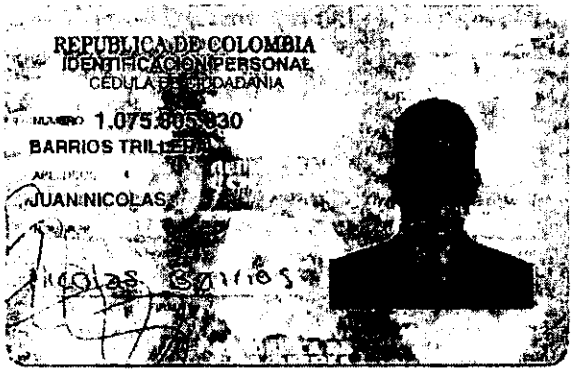
13696285

FORMA SOA-002



YERALDIN
CASTRO CHALA
CC 1075285811
Aprendiz
RH: A+
Ficha No 1563426

SENA
REGIONAL NUILA - CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
TECNOLOGO EN DIRECCIÓN DE VENTAS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.075.305.030
BARRIOS TRILLERAS
JUAN NICOLAS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014506898

PLACA: OPM85E | MARCA: SUZUKI | LINEA: VIVA R 115 STYLE | MODELO: 2018
CILINDRADA CC: 113 | COLOR: NEGRO MATE | SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA | TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA | COMBUSTIBLE: GASOLINA | CAPACIDAD KG/PASAJ: 2
NUMERO DE MOTOR: E481-314284 | VIN: 9FSBE4EN4JC148533
NUMERO DE SERIE: N | NUMERO DE CHASIS: 9FSBE4EN4JC148533 | N
PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES: BARRIOS TRILLERA JUAN NICOLAS | IDENTIFICACION: C.C. 1075305030

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre Yeraldin Castro No. Documento de Identidad 1075285311

Edad 23 Sexo F Dirección Domicilio Cll 8 #20-09 Ciudad Neiva Teléfono 3136955

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2 DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jhon D. Bahos No. Documento de Identidad 1075301030

Edad 29 Sexo M Dirección Domicilio Cll 8 #20-09 Ciudad Neiva Teléfono 3136955

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Suzuki Placa OPM85E Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1120040107023000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 26-02-18 Hora 12+21

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Cll 8 con Cra 17

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo iba como ocupante de la moto de placas OPM85E iba sumo cobrando pues como a veces ocurre

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Yeraldin Castro identificado con c.c. 1075285311 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 26-02-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Yeraldin Castro Chala			
Firma Victima	Huella	Firma Acompañante	Huella
Nombre 1075285311		Nombre	

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 44447

CC 1075285811

NOMBRE:CASTRO CHALA YERALDIN **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.01.16 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 8 NO 20 09 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3138259556 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 28/02/2018 12:52

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS OPM85E CUANDO COLSIONA CON UN CARRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTOCICLETA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 160/93 **FC**: 80 **FR**: 18 **T**: 37 **SO2**: 99 **PESO**:65 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA DOLOR Y DEFORMIDAD EN ANTEBRAZO Y MANO IZQUIERDA. DOLOR EN TOBILLO DERECHO. ABRASION EN CODO DERECHO.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S501 CONTUSION DE ANTEBRAZO IZQUEIRDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S600 CONTUSION DE MANO IZQUIERDA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 44447

CC 1075285811

NOMBRE:CASTRO CHALA YERALDIN **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.01.16 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 8 NO 20 09 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3138259556 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 28/02/2018 12:52

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S900 CONTUSION DEL TOBILLO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
T141 ABRASIOENES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--><<18.02.28-12:50:41>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44447
*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOL CLOR X 50 MG/1MLFARMIONI CANT: 2 100 MG SC DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--><<18.02.28-13:39:42>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44447
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO SE OBSERVA FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA NORMAL
RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL NORMAL

--><<18.02.28-13:40:01>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44447
*** EVOLUCION ***

SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

--><<18.02.28-13:59:53>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44447
*** EVOLUCION ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44447

CC 1075285811

NOMBRE:CASTRO CHALA YERALDIN **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.01.16 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 8 NO 20 09 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3138259556 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 28/02/2018 12:52

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
SE REALIZA INMOVILIZACION DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON FERUA DE YESO, SIN COMPLICACIONES

--->><<18.02.28-17:52:23>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 44447
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PUÑO IZQUIERDO Y TOBILLO DERECHO ,
AL EXAMEN FISICO: PUÑO IZQUIERDO EDEMA DEFORMIDAD Y DOLOR EN RADIO DISTAL IZQ. TOBILLO DERECHO EDEMA Y DOLOR EN CARA MEDIAL BUENMA MOVILIDAD NO INESTABILIDAD. NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO DISTAL
DX: FRACTURA DE RADIO IZQUIERDO
CONTUSION TOBILLO DERECHO
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
INCAPACIDAD LABORAL POR 10 DIAS

** MEDICAMENTOS:
SS LAB PREQUIRUGICO
PROGRAMAR OSTEOSINTESIS DE RADIO IZQUIERDO
MATERIAL DE SINTESIS PLACA PARA RADIO DISTAL BLOQUEADA ANGULO VARIABLE
DIA VIERNES 2-03-218
DURACION 1 HORA
HOSPITALÑIZADA

--->><<18.02.28-18:10:46>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726134 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44447
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:
VENIR PARA CIRUGIA EL DIA VIERNES 02/03/2018 A LAS 11:30 AM , 2 PISO, ESE DIA NO DEBE COMER NI TOMAR NADA DESPUES DE LAS 08:00 AM
** ORDENES MEDICAS:
NO RETIRAR NI MOJAR FERUA DE YESO
MENTENER MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO ELEVADO
** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:
TOMAR LABORATORIOS PRE QUIRURGICOS EL DIA VIERNES 02/03/2018 A LAS 07:00 AM
CUADRO HEMATICO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44447

CC 1075285811

NOMBRE:CASTRO CHALA YERALDIN **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.01.16 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 8 NO 20 09 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3138259556 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 28/02/2018 12:52

TP Y TPT

--->><<18.02.28-18:11:16>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44447

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.02.28-18:11:38>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44447

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.28-18:11:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S527 FRACTURAS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S600 CONTUSION DE MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S900 CONTUSION DEL TOBILLO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
T141 ABRASIOENES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.02.28 **HORA**:18:11:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 30 DIAS

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10682

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10380	NEIVA,22-May-2018	11:58:35
DIRECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.21	

CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: AMARIS SILVA DARIO

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: AMARIS SILVA DARIO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
12247093	AMARIS SILVA DARIO	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: AMARIS SILVA DARIO**	**at1324134835384**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser S.A.
NIT
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soludiaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | F | 15105 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. NI. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No. HTU 906 Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1 7 7 4 7 6 9 3	DORY	- o -	AMORIS	SILVA
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección NEIVA - Cost. Vía K3 mas 300 mts Zona U R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D D M M A A A A A las H H M M

Nombre IPS que atendió la victima Clinica Fracturas Odontologica

NIT 800 110 181 - 9 Código de habilitación 4100100 4661

Dirección Calle 18 - 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Juan Alberto Bonilla O. Médico y Cirujano UNICAUCA RM 061-724-23

Total folios

260

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14747

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	03	01

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: JFH10D

No. DE POLIZA: 13241345353 5.4

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Javier Fernando Rodriguez C.C. 7727617 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Neiva - Costilla K3 Mas Bam HASTA: Clinica Fracturas Ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

☑ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. HFU 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Dairo Amaris Silva

_____ IDENTIFICADO CON C.C. No. 12247093 DE Aipe

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludleser S.A.S.

29311

FECHA

HORA SALIDA HORA ENTREGA PRIORIDAD

R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido

FECHA NAC. M F EDAD

RESIDENCIA ACTUAL

DIRECCION DE RESIDENCIA

Estudiante
Preparatoria
Vacunado

CAUSA QUE ORIGINA LA ATENCION

Accidente de Trabajo
Accidente de Tránsito
Accidente Común
Terrorismo
Lesión Autoinfligida
Enfermedad General
Catastrofe
Otro

DATOS DE LA ESCENA

EXAMEN FISICO TA FR T

1 Heridas
2 Abrasión
3 Hemorragia
4 Contusión
5 Deformidad
6 Fractura Abierta
7 Quemaduras
8 Edema
9 Amputación
10 Avulsión
11 Dolor

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical
Aspiración
Oxigenación
Intubación
Ventilación
Pulso
Electrodos
Reanimación Cardiopulmonar
Inmovilización
Hemostasia
Monitoreo
Líquidos I.V.
Aseo
Otro

OBSERVACIONES

Nombre del Medico

Juan Alberto Bazan O.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM. 1 061-224 214

TAM
TAB

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 18 A # 6 - 46 - TELS: 8752231

EMAIL: SALUDLASER 2011@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 01/03/2018 HORA 23:26

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Daivo Amavis Silva

IDENTIFICACION 12247093

DIRECCION Cll 5 N1-20 Aipe TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3203627252

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca AKT Placa JFH 10B

Poliza No. 1345353S-4 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: paciente masculino que iba como ocupante de moto quien perdem el Control de la moto y cae.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: No hay car Solo

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

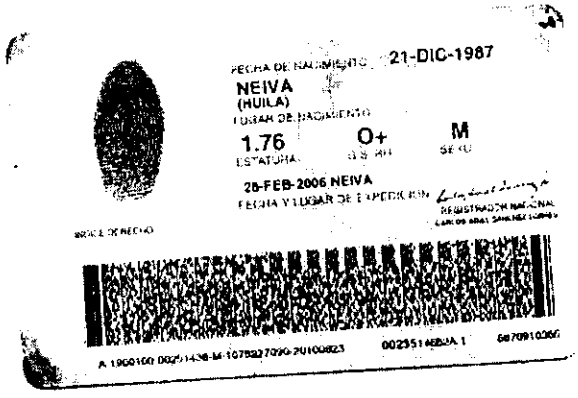
Daivo Amavis S

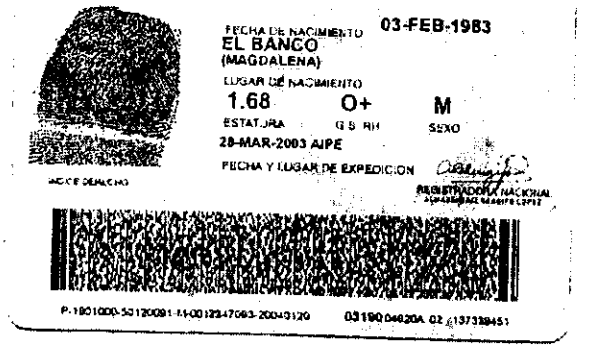
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C


FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1987
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-FEB-2006 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1983
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-MAR-2003 AIPE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

2553865

JFH-10B AKT AK125 124 2008

MOTOCICLETA AZUL

PARTICULAR TURISMO

157FMIFE151235 XXXXXXX

LLCJPP2048E010415 01-PASAJ 0

0 0 0

0 0 0

XX 1300073241 MEDELLIN 02 11 2007

PREVISORA

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 00 HORAS	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA
2017	08	05	DEL	2017	08	06	DEL	2018	08	05

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: RODRIGUEZ CARDOZO EDWIN ALEXANDER — 3182780695

CC	1075227090	13	1372	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CR 25 N 10 25 SINAI — NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No. AT 1324 — 1308004104943000

4134536364

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / TARIFA
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2008	JFH10B	AKT	AK125

No MOTOR	No CHASIS o No SERIE
157FMIFE151235	LLCJPP204E010415

PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 3360000 | 4 660
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 7 560
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS 12

SALARIOS MINIMOS LEGALES

13453535 4

FORMA SOA 002

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Dairo Amans Silva No. Documento de Identidad 12247093

Edad 35 Sexo M Dirección Domicilio Cll 6#1-20 Ciudad Neiva Teléfono 3208627752

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Edwin Alexander Rodriguez No. Documento de Identidad 1075277090

Edad 30 Sexo M Dirección Domicilio Cra 25 H 10-15 Ciudad Neiva Teléfono 3182780695

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa JFH10B Vehiculo Moto

Aseguradora Seguros Poliza No. 1338004104943000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 1/03/2018 Hora 23:26

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante X Peatón ____	Km 31 800 mts S. Neiva - Castilla

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Dairo Amans Declaro que iba en calidad de pasajero de moto placa JFH10B cuando el conductor pierde el control de esta y cae accidentandome

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Dairo Amans identificado con c.c. 12247093 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad Neiva Fecha y hora 1/03/2018 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

DAIRO AMANS

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 44560

CC 12247093

NOMBRE: AMARIS SILVA DAIRO **EDAD:** 35 A **F. NACI:** 83.02.03 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL6 N 1-20 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3203627252 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 02/03/2018 00:31

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE PASAJERO DE MOTO PLACAS JFH10B CUANDO PIERDE EL CONTROL DE ESTA Y CAE ACCIDENTANDOSE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS: 00+05 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 34 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN MANO IZQUIERDA Y PELVIS NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, TORAX, ABDOMEN, SIN PERDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA RECUERDA EL EVENTO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.03.02-00:37:31>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 44560

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 130/70 **FC:** 85 **FR:** 18 **T:** 37 **SO2:** 95 **PESO:** 72 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, DOLOR A LA PALPACION

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR LIMITACION EN MANO IZQUIERDA, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12247093 ADMISION N : 44560

NOMBRE:AMARIS SILVA DAIRO **EDAD**: 35 A **F. NACI**:83.02.03 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL6 N 1-20 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3203627252 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 02/03/2018 00:31

PIEL

ABRASIONES EN HOMBRO, CODO MANO TOBILLO IZQUIERDO

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S300 CONTUSION DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

S602 CONTUSION DE LA MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-4

T141 ABRASIONES.

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.02-00:37:39>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44560

*** PLAN ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES CON DOLOR EN MANO IZQUIERDA Y PELVIS. POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, CURACION DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 APLICAR 1 AMP IM AHORA

- DIETA NORMAL.
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES .
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12247093 ADMISION N : 44560

NOMBRE: AMARIS SILVA DAIRO **EDAD:** 35 A **F. NACI:** 83.02.03 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL6 N 1-20 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3203627252 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 02/03/2018 00:31

--->><<18.03.02-01:06:57>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44560

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE PELVIS Y MANO IZQUIERDA. SIN EVIDENCIAS DE FRACTURAS.

--->><<18.03.02-01:08:06>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44560

*** EVOLUCION ***

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA RADIOGRAFÍAS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 125/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** PLAN ***

SALIDA

--->><<18.03.02-01:11:15>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44560

*** PLAN ***

** OTROS:
SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO EN 8 DIAS CON TRAUMATOLOGIA
** ORDENES MEDICAS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 6
1--- CURACION DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5-- REPOSO Y MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
6--- TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 12247093 ADMISION N_: 44560

NOMBRE: AMARIS SILVA DAIRO **EDAD:** 35 A **F. NACI:** 83.02.03 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL6 N 1-20 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3203627252 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 02/03/2018 00:31

--->><<18.03.02-01:11:44>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44560

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.02-01:11:22 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S300 CONTUSION DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S602 CONTUSION DE LA MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO4
T141 ABRASIONES.

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.03.02 **HORA:** 01:11:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 8 DIAS

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1 061 724 214

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10684

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10382	NEIVA,22-May-2018		12:01:28
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.21	

CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: MONTERO MONTERO JHON EDIN

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: MONTERO MONTERO JHON EDINSON

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075211449	MONTERO MONTERO JHON EDINSON	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: MONTERO MONTERO JHON EDINSON**	**at1324138316895**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

CONSORCIO PREVISORA
2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	**Sub_total**	**Total a Pagar**
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER SAS
NIT.
FRANCISCO ALEJANDRO ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14985 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N.I. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NVV 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C	[illegible]	JHON	DINSON	MONTES	MONTES
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección CR 11 CON CLL 17 SUR Zona [X] R [ ]

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 4 0 3 2 0 0 8 A las 1 4 : 0 0

Nombre IPS que atendió la victima CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA

NIT 8 0 0 1 3 0 1 2 8 1 - 9 Código de habilitación 4 1 0 0 1 0 0 4 6 6 0 1

Dirección CLL 18 # 6 - 65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756347

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Diana Tafur

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diana Tafur.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1075274011

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15089

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	03	01

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: E127D

No. DE POLIZA: 1324133831669795

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Harold Mauricio Quesada Niño C.C. 1075250345 DE NEIVA

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 11 con Cll 1ª Sur HASTA: Clinica de Fracturas y Ortopedia

16:03

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVU-195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jon Edinson Moreno Moreno IDENTIFICADO CON C.C. No. 1015211449 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

272

Saludlosa S.A.C.

29172

FECHA | HORA DE ... | FECHA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD

R A N V B

HISTORIA CLINICA

1er apellido | 2do apellido | Nombres

FECHA NAC. | Edad | M | F | N° | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Distrito | Provincia | Departamento | Teléfono

DIRECCION DE AFILIACION | Particular | Oficina | Otra | Fijo | Móvil | Estacionario | Ambulatorio | Postrado | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO | Accidente común | Accidente de trabajo | Accidente de tránsito | Terrorismo | Violencia por agresión | Enfermedad general | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias

Medicamentos

Hábitos (Tabaco, Alcohol, ...)

Antecedentes Patológicos

Último Alimento | Hora | Embarazo

Lentes

EXAMEN FISICO | PA | FC | FR | T°

NEUROLOGICO | Consciente | Dolor | Lenguaje | Pupilas | Derecha | Izquierda

Ojos: 4 Espontáneo, 3 Ante la voz, 2 Ante el dolor, 1 No hay
Verbal: 5 Orientado, 4 Confuso, 3 Palabras inadecuadas, 2 Incomprensible, 1 No hay
Motor: 6 Obedece, 5 Localiza, 4 Retira, 3 Flexión anormal, 2 Extensión, 1 No hay

TOTAL /15

REVISED TRAUMA SCORE

	Peso	Valor	Valor Ponderado
Respiración	0.2908		
Presión Arterial	0.7326		
Glasgow	0.9368		
Total			

1 Contusión
2 Abrasión
3 Hematoma
4 Contusión
5 Quemadura
6 Fractura Abierta
7 Laceración
8 Edema
9 Amputación
10 Abrasión
11 Dolor

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aspiración
- Oxigenación
- Intubación
- Ventilación
- RCP
- Inmovilización
- Inmovilización de Cabeza
- Inmovilización de Tórax
- Monitoreo
- Lubricación de Ojos
- Sonda
- Otros

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dr. Angelo Tovar
Médico Cirujano
C.C. 7726132 - R.M. 358

Destino | Hora | Alta | Muerte

Nombre del Paciente | Tipo | TAN | TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico | Nombre Conductor

6

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 01-03-18 HORA 16:03

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jhon Edinson Montero Montero

IDENTIFICACION 1075211449

DIRECCIÓN Cra 34 # 21-03 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3167562396

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Yamaha Placa Eiz 27D

Poliza No. 1324/383/16695 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: conductor de moto el cual colisiono con un perro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: vehiculo de placa IUQ 089 que colisiono con la moto.

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075211449

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jhon E. Ponteo No. Documento de Identidad 1052114499

Edad 34 Sexo M Dirección Domicilio Cra 34 #21-03 Ciudad Neiva Teléfono 3167562394

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jhon E. Ponteo No. Documento de Identidad 1052114499

Edad 34 Sexo M Dirección Domicilio Cra 34 #21-03 Ciudad Neiva Teléfono 3167562394

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Chevrolet Placa EIZ230 Vehiculo Taxi

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 3080041312000000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 01-03-18 Hora 1603

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Cra 11 Calle 19 sur

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Iba con cuidado dijo la
moto de placa EIZ230 iba
sola chocando por un carro
y cayo al suelo.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jhon E Ponteo identificado con c.c. 1052114499 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva y hora 01-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima Nombre 1075214449	Huella	Firma Acompañante Nombre	Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2017 | MES 12 | DÍA 19

VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS: DEL AÑO 2017 MES 12 DÍA 20 — HASTA LAS 24 HORAS: DEL AÑO 2018 MES 12 DÍA 19

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MONTERO CESAR ALFONSO — TELEFONO TOMADOR: 8734646

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	Nº DOCUMENTO TOMADOR	DOC. SOPORTAL EXPEDICIONARIA	CLAVE PRODUCTO	MUNICIPIO
CC	12124240	13	9759	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 39 NO 21 03 — NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4138316695

AT 1324 — 1308004131208000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE - VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2014	EIZ27D	YAMAHA	YBR-125E

NU MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
E3F4E073199	9FKKE1394E2073199

No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9FKKE1394E2073199	2	0.00	121

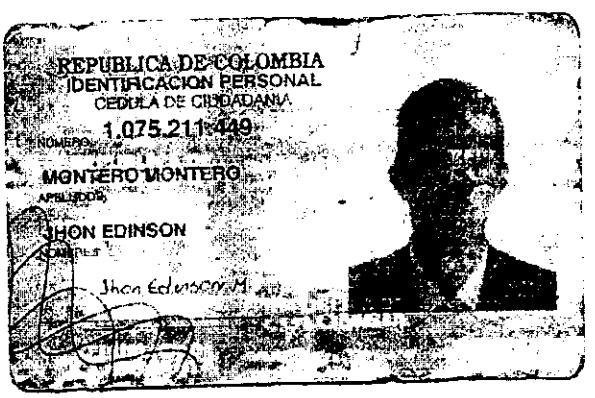
PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 75
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

13831669 5

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10007103386

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
EIZ27D	YAMAHA	YBR-125E	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	ROJO	PARTICULAR

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

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
E3F4E073199	N	9FKKE1394E2073199

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
	N	9FKKE1394E2073199	N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): MONTERO CESAR ALFONSO — IDENTIFICACIÓN: C 12124240

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 44547

CC 1075211449

NOMBRE:MONTERO MONTERO JHON EDINSON **EDAD**: 32 A **F. NACI**:86.03.15 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 39 NO 21 03 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3167562396 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 01/03/2018 16:53

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS EIZ27D CUANDO COLISIONA CON UN CARRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN RODILA IZQUIERDA, EN PIE DERECHO Y MANO DERECHA, PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DEBE IRSE PORQUE NO LE PUEDEN INMOVILIZAR LA MOTO, SE EPXLICA QUE ES RETIRO VOLUNTARIO, PERO EL USUARIO REFIERE QUE PRIMERO LA MOTO, EGRESA CONSCINETE, ORIENTADO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.03.01-17:43:36>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 44548

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 128/88 **FC**: 80 **FR**: 18 **T**: 37 **SO2**: 98 **PESO**:87 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075211449 ADMISION N : 44547

NOMBRE:MONTERO MONTERO JHON EDINSON **EDAD**: 32 A **F. NACI**:86.03.15 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA 39 NO 21 03 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3167562396 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 01/03/2018 16:53

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.01-16:56:37>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 44547

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.03.01-16:57:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.03.01 **HORA**: 16:57:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Anyelo Tovar
Médico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO **REGISTRO MEDICO**

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10687

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10385	NEIVA,22-May-2018	12:06:07
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.21
CONTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
001	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: CALAPSU MANCILLA LUIS MIG		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1094947834	CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL**	at1324136315074	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser S.A.
NIT
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

14

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 269.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15293 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] N. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NVU 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075294784	Luis	Miguel	Calagso	Montilla
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección CR 21 con cll 18

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

Zona [X] U [ ] R

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D 1 D 8 M 0 M 3 A 2 A 0 A 8 A las H 2 H M 0 M

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de fracturas y ortopedia Ltda

NIT 800 110 181-9 Código de habilitación 410001 004 601

Dirección cll 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

UNICAUCA RM 1 061 724 214

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

282

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15288

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 19

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO FLN84D

No. DE POLIZA 132413831507 4

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Javier Fernando Rodriguez. C.C. 772767 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: CR 21 con cll 19 Hora: 19:48. HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: B/ Alfonso lopez.

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Luis Miguel

colapso Mancilla IDENTIFICADO CON C.C. No. 1094947334 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludioser S.A.S. NIT 900 324 272 2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA — 29565

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
19 03 18	19+48	19+52	20+05	20+20	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Calapsu	mancilla	luis miguel	1094947834

FECHA NA/TO | SEXO M [X] F [ ] | C C [X] T I [ ] | R C [ ] C E [ ] | PAS [ ] | NUMERO 1094947834 | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Acentamiento Barrio: Alvaro uribe l. 375 Municipio: pereira
Departamento: Huila Pais: Colombia Telefono 3133224983

DIRECCIÓN DE ATENCION: cra 21 calle 19 — Residencia [ ] Via publica [X] Comercio [ ] Trabajo [ ] Otros [ ] Cual: — ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No. 13831507-4 — Placa: FLN 840 — EPS-C [ ] EPS-S [ ] — Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: [X] Accidente Tránsito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Comun [ ] Terrorismo [ ] Lesion por agresión [ ] Enfermedad General [ ] Catàstrofe [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Pte masculino en condicion de ocupante quien colisionar con motocicleta.

Alergias: NO

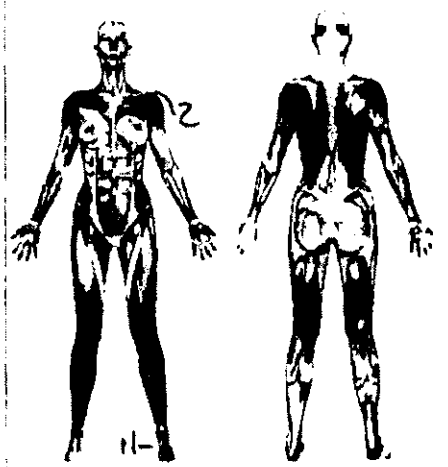
Medicamentos: NO

Antecedentes Patalogicos: NO

Ultimo Alimento: horas Embarazo X

Cirugias:

EXAMEN FISICO TA: 120/80 FC: 75 FR: 16 T:



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

NEUROLOGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R M	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No hay		
R.V:	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	4 Espontánea	2 Al dolor	TOTAL 17 /15		
	3 Al llamado	1 No hay			

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratoric	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

IMPRESION DIAGNOSTICA: Tx pie Izquierdo + Abras.on hombro Izquierdo

PROCEDIMIENTOS

[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiración	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V.
[ ]	Oxigenacion	[ ]	Inmovilizacion MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilizacion Msls	[ ]	Otro
[ ]	Ventilación	[ ]	Inmovilizacion Total	[ ]	

Traslado a: Cl: FX

Recibido por:

Se entrega Vivo [X] Muerto [ ]

Firma del Paciente

Juan Alberto Bazan C
Medico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1 061 724 24

Tipo unidad — TAM — TAB [X]

OBSERVACIONES: UVV 195

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Jair Yasno

Nombre Conductor: Javier Rodriguez

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Luis Miguel Calapsu No. Documento de Identidad 1094947834

Edad 23 Sexo M Dirección Domicilio Lote 319 Alvaro Uribe Ciudad Neiva Teléfono 3134284111

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Adenys Rios Rojas No. Documento de Identidad 1075264990

Edad 25 Sexo M Dirección Domicilio Acentamiento Alvaro Uribe. Ciudad Neiva Teléfono 3133224983.

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa FLN84D Vehiculo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004128493000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 19-03-2018 Hora 20:00

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X	CR 21 Calle 19

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo luis Miguel declaro que me movilizaba como ocupante de la moto de Placas FLN84D cuando colicionamos contra otra moto.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Luis Miguel Calapsu identificado con c.c. 1094947834 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 19-03-2018 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

x Luis Miguel Calapsu M.

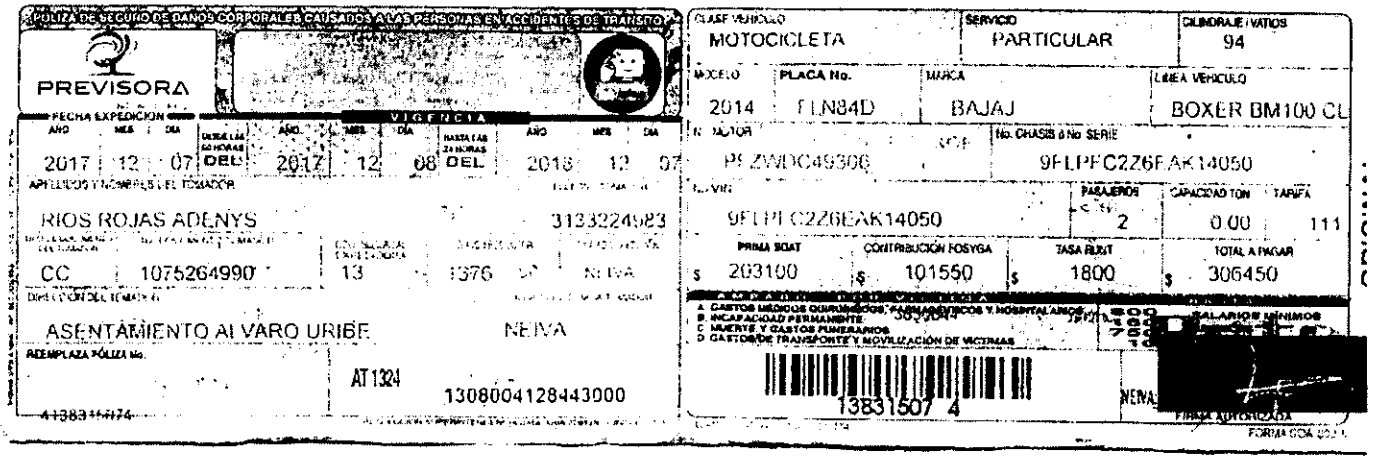
Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA
2017	12	07		2017	12	08		2018	12	07

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: RIOS ROJAS ADENYS — 3133224983

CC	1075264990	13	1376	NEIVA

ASENTAMIENTO ALVARO URIBE — NEIVA

REMPLAZA PÓLIZA No. — AT1324 — 1308004128443000

41383166174

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	94

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2014	FLN84D	BAJAJ	BOXER BM100 CL

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
PFZWDC49306	9FLPFC2Z6EAK14050

VIN: 9FLPFC2Z6EAK14050 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 111

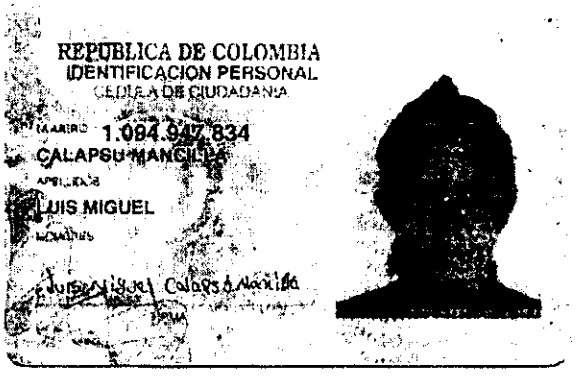
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 400 SALARIOS MINIMOS
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 400 SALARIOS MINIMOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS — 40 SALARIOS MINIMOS

13831507 4

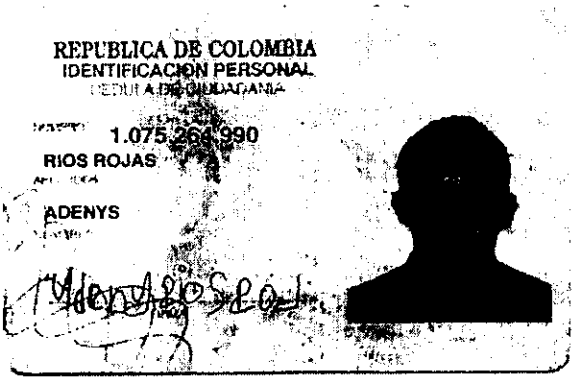
NEIVA — FIRMA AUTORIZADA

FORMA 6004 0521



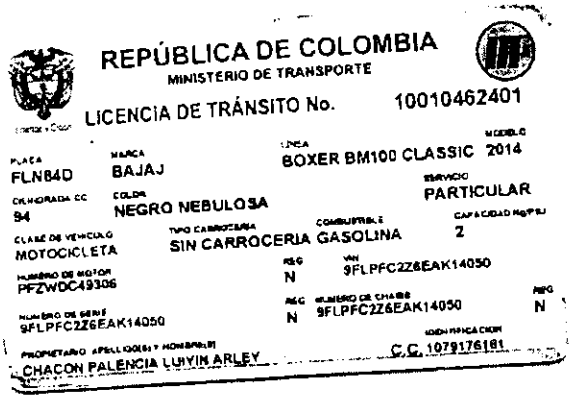
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.947.834
CALAPSU MANCILLA
APELLIDOS
LUIS MIGUEL
NOMBRES



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.075.264.990
RIOS ROJAS
APELLIDOS
ADENYS
NOMBRES



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010462401

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
FLN84D	BAJAJ	BOXER BM100 CLASSIC	2014

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
94	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD No/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR: PFZWDC49306 — REG: N — VIN: 9FLPFC2Z6EAK14050

NUMERO DE SERIE: 9FLPFC2Z6EAK14050 — REG: N — NUMERO DE CHASIS: 9FLPFC2Z6EAK14050 — REG: N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES: CHACON PALENCIA LUIVIN ARLEY — IDENTIFICACION: C.C. 1079176181

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 45628

CC 1094947834

NOMBRE: CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL **EDAD:** 23 A **F. NACI:** 95.02.04 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: LOTE 319 ALVARO URIBE **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3134284111 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÐANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 19/03/2018 21:11

MOTIVO CONSULTA

PASAJERO DE LA MOTO DE PLACAS FLN84D COLISIONAN CONTRA OTRA MOTO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS: 20 + 05 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 17 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN CABEZA Y CARA HOMBRO IZQUIERDO Y CODO DERECHO MANO Y PIE IZQUIERDO NIEGA TRAUMA: EN CUELLO, TORAX, ABDOMEN, PELVIS, NO HAY CLARIDA SOBRE PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, AMNESIA PARCIAL DEL EVENTO ALIENTO ALCOHOLICO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.03.19-21:31:35>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 45628

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: ON EN A **FC:** LAC **FR:** RAC **T:** MBA **SO2:** 95 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** SI

E.CONCIENCIA: ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 4 **GLASGOW(** 14 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

ABRASIONES EN REGION FACIAL Y CUERO CABELLUDO. DOLOR PALPACION EN CARA Y CABEZA RUBICUNDEZ FACIAL HIPEREMIA CONJUNTIVAL. ALIENTO ALCOHOLICO. Mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR PALPACION EN CODO DERECHO, HOMBRO IZQUIERDO, MANO IZQUIERDO PIE IZQUIERDO, AUMENTO DE VOLUMEN EN PIE IZQUIERDO perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 45628

CC 1094947834

NOMBRE:CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL EDAD: 23 A F. NACI:95.02.04 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: LOTE 319 ALVARO URIBE CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3134284111 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION _____ 19/03/2018 21:11

extremidades, ROT: (++) CONFUSO VERBORREICO AUMENTO DE BASE DE SUSTENTACION

PIEL

ABRASIONES EN HOMBRO ANTEBRAZO DERECHO HOMBRO IZQUIERDO MANO IZQUIERDA

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S009 TCE LEVE

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S500 CONTUSION DEL CODO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

S099 TRAUMA FACIAL.

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3

S602 CONTUSION DE LA MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-4

S400 CONTUSION DEL HOMBRO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-5 O COMPLICACION

S903 CONTUSION DEL PIE IZQUIERDO

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.19-21:31:37>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS : 45626

*** PLAN ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES CON DOLOR EN CABEZA CARA, CODO DERECHO, HOMBRO MANO Y PIE IZQUIERDO POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, CURACION DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGUN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE
TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO
RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE PIE IZQUIERDO AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 APLICAR 1 AMP IM AHORA

- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES .
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 45628

CC 1094947834

NOMBRE:CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.02.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: LOTE 319 ALVARO URIBE **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3134284111 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 19/03/2018 21:11

- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.03.20-00:55:59>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45628
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE FRACTURA DE BASE DE CRANEO TEMPORAL DERECHA HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL DERECHO LINEA MEDIA CENTRADA SIN DESVIACION DE LA MISMA. VENTRICULOS LIBRES.
TAC DE CARA FRACTURA DE ARCOCIGOMATICO DERECHO.

RX DE PIE IZQUIERDO FRACTURA DE 2 , 3 Y4 METATARSIANO IZQUIERDO.

RX DE HOMBRO MANO IZQUIERDA Y CODO DERECHO NORMAL.

--->><<18.03.20-01:02:11>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45628
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON DX DE TCE LEVE CON HEMATOMA EPIDURAL SIUN EFECTO DE MASA, FRCATURA BASE DE CRANEO Y ARECO CIGOMATICO DERECHO FRACTURA DE 2,3 Y4 METATARSIANO PIE IZQUIERDO QUIEN REQUIERE DE VIGILANCIA NEUROLOGICA, POR LO CUAL SE INGRESA AL SERVICIO DE OBSERVACION, . DURANTE SU ESTANCIA EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS, NO FOCALIZACION, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR EL MOMENTO CONTINUA MANEJO INTRAHOSPITALARIO HASTA COMPLETAR VIGILANCIA NEUROLOGICA.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 5 PASAR BOLO DE 500 CC IV CONTINUAR A 70 CC HORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 9 PARA DILUIR MEDICAMENTOS.
RANITIDINA 50 MG/ 2 ML CANT: 3 APLICAR 1 AMP IV AHORA
DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 3 APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML CANT: 3 APLICAR 1 AMP IV AHORA

- DEJAR EN OBSERVACION PARA: MANEJO DEL DOLOR Y VALORACION POR ORTOPEDIA VIGILANCIA NEUROLOGICA Y VALORACION POR NEUROCIRUJANO.

- ACOMPAÑANTE PERMANENTE.
- NADA VÍA ORAL
- CABECERA A 30 GRADOS.
- CAMILLA CON BARANDAS.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 45628

CC 1094947834

NOMBRE:CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.02.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: LOTE 319 ALVARO URIBE **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3134284111 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 19/03/2018 21:11

- CANALIZAR VENA. DEJAR LIQUIDOS ENDOVENOSOS
- SS TAC DE CONTROL MAÑANA 7 AM
- PASAR A SALA DE YESO
- VALORACIÓN POR NEUROCIRUGIA Y ORTOPEDISTA
- PASAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS REDIOGRAFICOS.
- VIGILANCIA NEUROLÓGICA.
- PREVENIR CAIDAS.
- VIGILAR PERFUCION Y PULSOS DISTALES
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.03.20-06:08:58>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45625
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

--->><<18.03.20-09:07:29>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 45628
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TCE LEVE , TRAUMA DE PIE IZQUIERDO , CODO, HOMBRO MANO IZQUIERDA
AL EXAMEN FISICO PRESENTA AUMENTO DE VOLUMNE DEL DORSO DE PIE DOLOR Y LIMITACION DE LA MOVILIDAD
RX DE PIE MUESTRA FRACTURA DE 2,3 4 METATARSIANOS PIR IZQUIERDO DESPLAZADA

PLAN
MANTENER FERULA DE YESO
PENDIENTE VALORACION POR NEURO
ALTA POR ORTOPEDIA
AINES
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
TOMAR PREQUIRURGICOS
PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TCE LEVE , TRAUMA DE PIE IZQUIERDO , CODO, HOMBRO MANO IZQUIERDA
AL EXAMEN FISICO PRESENTA AUMENTO DE VOLUMNE DEL DORSO DE PIE DOLOR Y LIMITACION DE LA MOVILIDAD
RX DE PIE MUESTRA FRACTURA DE 2,3 4 METATARSIANOS PIR IZQUIERDO DESPLAZADA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 45628

CC 1094947834
NOMBRE:CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.02.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U
DIRECCION: LOTE 319 ALVARO URIBE **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3134284111 **ZONA**: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:
PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI
OBSERVACION 19/03/2018 21:11

PLAN
MANTENER FERULA DE YESO
PENDIENTE VALORACION POR NEURO
ALTA POR ORTOPEDIA
AINES
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
TOMAR PREQUIRURGICOS

** ORDENES Qx:

SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
FECHA LUNES 26/03/2018
MATERIAL CLAVOS DE KINHERT DE 1.6 #2
TIEMPOE QUIRURGICO 45 MINUTOS

DIAGNOSTICOS
I618-OTRAS HEMORRAGIAS INTRAENCEFALICAS
S500-CONTUSION DEL CODO DERECHO
S927-FRACTURA DE 2,3 Y 4 METATARSIANO IZQUIERDO TIPO FRAC: CERRADA
S602-CONTUSION DE LA MANO IZQUIERDA
S400-CONTUSION DEL HOMBRO IZQUIERDO
T020-FRACTURAS QUE AFECTAN LA CABEZA Y LA CARA TIPO FRAC: CERRADA

--->><<18.03.20-09:37:51>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45628
*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

SS HEMOGRAMA,CREATININA, TP, TPT, INR, GLICEMIA POSTPRANDIAL

--->><<18.03.20-20:58:41>>, (DR(A). ORS - OSCAR RAUL SARMIENTO - C.C. 245901 - REG. MEDICO: 258 - NEUROCIRUGIA) HISTORIA DE URGENCIAS 45628
*** EVOLUCION ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO TRAUMA CRANEOENCEFALICO, CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA. AL EXAMEN FISICO: ALERTA, ORIENTADO, AMNESIA DE LOS HECHOS. NO FOCALIZACIONES, FUERZA CONSERVADA, GLASGOW 15/15.
TAC CEREBRAL SIMPLE: MUESTRA HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL DERECHO. FRACTURA DE BASE DE LA CONCHA DEL TEMPORAL DERECHO. LINEA MEDIA CONSERVADA.

IDX: TCE - HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL DERECHO

PLAN
HOSPITALIZAR
MANEJO SINTOMATICO

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 45628

CC 1094947834

NOMBRE:CALAPSU MANCILLA LUIS MIGUEL **EDAD**: 23 A **F. NACI**:95.02.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: LOTE 319 ALVARO URIBE **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3134284111 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 19/03/2018 21:11

TAC CEREBRAL SIMPLE DE CONTROL EN 72 HORAS

--><<18.03.20-21:38:02>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45628
*** EVOLUCION ***

PACIENTE VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN ORDENA HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO.

*** PLAN ***

TRASLADAR A HOSPITALIZACION

--><<18.03.20-21:38:24>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45628
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.03.20-21:38:05 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S064 HEMORRAGIA EPIDURAL TEMPORAL DERECHA .

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S927 FRACTURA DE 2,3 Y 4 METATARSIANO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S500 CONTUSION DEL CODO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
S602 CONTUSION DE LA MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO4
S400 CONTUSION DEL HOMBRO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO5 O COMPLICACION
T020 FRACTURAS QUE AFECTAN LA CABEZA Y LA CARA

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:HOSPITALIZACION **FECHA**:18.03.20 **HORA**:21:38:0

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 30 DIAS

FIRMA DEL MEDICO **REGISTRO MEDICO**

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10688

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10386	NEIVA,22-May-2018		12:07:55
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.21	
CONTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: ARCINIEGAS DUSSAN IRIS AL			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALIONNA

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075321327	ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALIONNA	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALIONNA**	**at1324139960671**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.********** **********

FORMA PAGO: CREDITO		**Cantidades**	**Sub_total**	**Total a Pagar**
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 *PAG.* 1
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega [ ] 14799 No. Radicado [ ]

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG [ ] [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [X] N.I. [ ] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio [ ] Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. [illegible]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] A.S. [ ] M.S [ ]

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección [illegible] Zona U [X] R [ ]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día [illegible] A las [illegible]

Nombre IPS que atendió la victima [illegible]

NIT [illegible] Código de habilitación [illegible]

Dirección [illegible]

Departamento Huila Cod. 41 Télefono [illegible]

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

[illegible]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

[illegible]

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14297

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

FECHA: AÑO 18 MES 02 DIA 18

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OPD 90C

No. DE POLIZA 1324137947

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) [illegible] C.C. [illegible] DE [illegible]

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: [illegible] HASTA: [illegible]

TIPO DE TRANSPORTE:

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. [illegible]

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR [illegible] IDENTIFICADO CON C.C. No. [illegible] DE [illegible]

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

295

Saludlaser S.A.S. NIT 900 324 272 2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA — 28921

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
18 03 18	08+52	08+56	09+39	09+42	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
ARCINIEGAS	DUSSAN	IRISALIOMA	1075321327

FECHA NA/TO: 6 09 1999 — SEXO: M [ ] F [X] — C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] PAS. [ ] — NUMERO: 1075321327 — EDAD:

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: — Barrio: — Municipio: Neiva — Departamento: Huila — Pais: Colombia — Telefono

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Cll 10 # 15-128 — Residencia [ ] Trabajo [ ] Via publica [X] Otros [ ] Comercio [ ] Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — Placa: OQ280E — SOAT 13996 069 1 [ ] Estudiantil [ ] EPS-C [ ] Prepagada [ ] EPS-S [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: [X] Accidente Tránsito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Comun [ ] Terrorismo [ ] Lesion por agresiòn [ ] Enfermedad General [ ] Catàstrofe [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Pte femenina en condicion de pasajera que circulaba en un carro y pierden el control y caen

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalògicos: NO

Ultimo Alimento: horas — Embarazo: X

Cirugias:

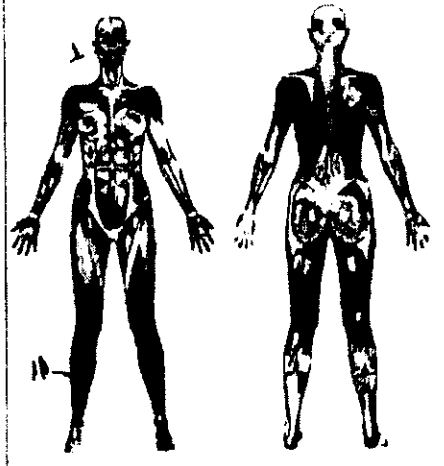
EXAMEN FISICO — TA: 110/70 — FC: 72 — FR: 17 — T°

NEUROLÓGICO — PUPILAS — D: 3 mm — I: 3 mm

R.M: 6 Ordenes; 5 Localiza; 4 Retira; 3 Flexiòn anormal; 2 Extension; 1 No hay

R.V: 5 Orientada; 4 Confusa; 3 Inapropiada; 2 Incomprensible; 1 No hay

A.O: 4 Espontànea; 3 Al llamado; 2 Al dolor; 1 No hay — TOTAL 15 /15



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

- [ ] Collar Cervical
- [ ] Aspiración
- [ ] Oxigenación
- [ ] Intubacion
- [ ] Ventilación
- [ ] RCCP
- [ ] Hemostasia
- [ ] Inmovilizacion MsSs
- [ ] Inmovilizacion MsIs
- [ ] Inmovilizacion Total
- [X] Monitoreo
- [ ] Liquidos I.V
- [X] Asepsia
- [ ] Otro:

IMPRESION DIAGNOSTICA: Herida en labio

Tx en pierna derecha

Traslado a: Cli FX

Recibido por: Dra. Ana María Lobo Médico General R.M. 1091667178

Se entrega — Vivo [X] Muerto [ ]

Tipo unidad — TAM — TAB [X]

OBSERVACIONES: UVV 195

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Alexander Florez

Nombre Conductor: Jeison Dias

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 01 DIA 17

DESDE LAS 24 HORAS: AÑO 2018 MES 01 DIA 18 DEL

HASTA LAS 24 HORAS: AÑO 2019 MES 01 DIA 17

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CUELLAR JIMENEZ WILSON

TELEFONO TOMADOR: 3232429651

IDENTIFICACION TOMADOR: CC 1075322136

EXPEDIDA EN: 13

DEPARTAMENTO: 9638

CIUDAD: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 24 SUR N 23 10

CIUDAD DEL TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4139980671

AT 1324 1308004138687000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE, VATIOS: 160

MODELO: 2018

PLACA No.: OQZ80E

MARCA: BAJAJ

LINEA VEHICULO: PULSAR NS 160

No MOTOR: JEYCHB07124

No CHASIS O No. SERIE: 9FLA92CY1JBA02158

No VIN: 9FLA92CY1JBA02158

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0.00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 300700

CONTRIBUCION FOSYGA: $ 150350

TASA RUNT: $ 1800

TOTAL A PAGAR: $ 452850

A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS
B INCAPACIDAD PERMANENTE
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

SALARIOS MINIMOS

13996067 1

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.075.322.136

APELLIDOS CUELLAR JIMENEZ

NOMBRES WILSON

FIRMA



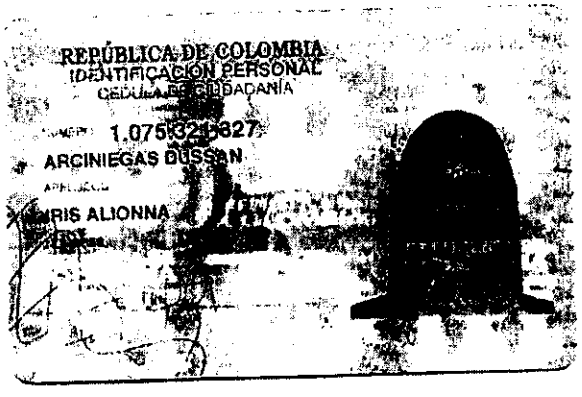
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.075322827

APELLIDOS ARCINIEGAS DUSSAN

NOMBRES IRIS ALIONNA

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015400234

PLACA: OQZ80E
MARCA: BAJAJ
LINEA: PULSAR NS 160
MODELO: 2018
CILINDRADA CC: 160
COLOR: GRIS PIEDRA-NEGRO MATE
SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD KG/PAS: 2
NUMERO DE MOTOR: JEYCHB07124
REG: N
VIN: 9FLA92CY1JBA02158
NUMERO DE SERIE: 9FLA92CY1JBA02158
REG: N
NUMERO DE CHASIS: 9FLA92CY1JBA02158
REG: N
PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CUELLAR JIMENEZ WILSON
IDENTIFICACION: C.C. 1075322136

7X

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Iris Alionna Arcinieyas No. Documento de Identidad 1075321327

Edad 18 Sexo F Dirección Domicilio Cl 24 Sur N23-10 Ciudad Neiva Teléfono 3232429651

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Wilson Cuellar No. Documento de Identidad 1075322136

Edad 18 Sexo M Dirección Domicilio Cl 24 Sur N 23-10 Ciudad Neiva Teléfono 3106436020

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Baja-j Placa OQZ80E Vehiculo motocicleta

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 130800413866 8000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 18-03-18 Hora 8:52

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Cll 1D 15-128

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Usuaria que iba como ocupante de moto de placas OQZ80E cuando colisiona contra un automovil

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, _____ identificado con c.c _____ declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha - hora 18-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

x _____			
Firma Victima Nombre 1075321327	Huella	Firma Acompañante Nombre	Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321327 ADMISION N_: 45596

NOMBRE: ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALEONNA **EDAD:** 18 A **F. NACI:** 99.09.26 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 24 SUR N 23-10 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3232429651 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 18/03/2018 09:59

MOTIVO CONSULTA

USARIO QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS OQZ80E CUANDO COLISIONA CONTRA UN AUTOMOVIL

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PASAJERA DE MOTOCICLETA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.03.18-10:03:51>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 45596

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 105/61 **FC:** 847 **FR:** 18 **T:** 37 **SO2:** 98 **PESO:** 48 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones exrernas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA ABRASION EN ANTEBRAZO DERECHO. DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE HOMBRO Y BRAZO DERECHO, DOLOR A LA MOVILIDAD DE PELVIS Y MUSLO DERECHO.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321327 ADMISION N : 45596

NOMBRE:ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALIONNA **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.09.26 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 24 SUR N 23-10 **CIUDAD**: **TELEFONO**:3232429651 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 18/03/2018 09:59

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.18-10:03:53>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45596

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOL CLOR X 50 MG/1ML FARMIONI CANT: 1 50 MG SC DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.03.18-10:55:38>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45596

*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES DIAGNOSTICAS, POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 45596

CC 1075321327

NOMBRE:ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALIONNA **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.09.26 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 24 SUR N 23-10 **CIUDAD**: **TELEFONO**:3232429651 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 18/03/2018 09:59

RADIOGRAFIAS:
1. BRAZO DERECHO: NO SE EVIDENCIA FIASUR ANIOB FRACTURA
2. HOMBRO DERECHO. NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
3. PELVIS: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
4. FEMUR DERECHO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA

--->><<18.03.18-10:57:42>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 45596
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
AL EXAMEN FISICO: HOMBRO DERECHOP DOLOR DIFUSO, BUENA MOVILIDAD. ESCORIACION SUPERFICIAL EN ANTEBRAZO DERECHO. NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES MIEMBRO SUPERIOR DERECHO
ESCORIACION

PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL ABIERTO ORTOPEDIA
INCAPACIDAD LABORAL POR 2 DIAS

--->><<18.03.18-11:28:52>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45596
*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA ABIERTO
INCAPACIDAD MEDICA 2 DIAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

--->><<18.03.18-11:30:46>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45596
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATOS MG- ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321327 ADMISION N : 45596

NOMBRE: ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALIONNA **EDAD:** 18 A **F. NACI:** 99.09.26 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 24 SUR N 23-10 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3232429651 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 18/03/2018 09:59

** OTROS:

--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.

** ORDENES MEDICAS:

VALORACION ABIERTA POR ORPTOPEDIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

--->><<18.03.18-11:31:16>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45596
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.18-11:30:57 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.03.18 **HORA:** 11:30:5

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 2 DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321327 ADMISION N_: 45596

NOMBRE:ARCINIEGAS DUSSAN IRIS ALIONNA **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.09.26 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 24 SUR N 23-10 **CIUDAD**: **TELEFONO**:3232429651 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 18/03/2018 09:59

Ana María Lobo M.
MEDICINA GENERAL
C.C. 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10697

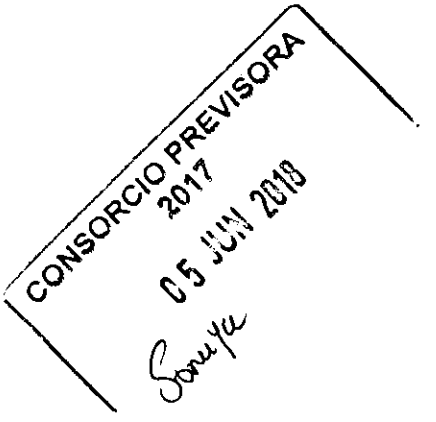
ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10396	NEIVA,22-May-2018	12:31:17
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.21

CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: CASTRO VELASQUEZ JUAN SEB

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1077012600	CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN**	**at1324140833873**	**1.0**	**260,414**	**260,414**



SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15786 | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI (X) — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica (X) — Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No.: HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1077012800	JUAN	SEBASTIAN	COSTRO	USMASQUEZ
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito ( ) — Evento Catastrofico ( ) — Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Km 087+200 mts Cogazon-villas — Zona ( ) (X)

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 11/07/2018 — A las: 1128

Nombre IPS que atendió la victima: clinica Floridas ortopedia

NIT: 800110181-9 — Código de habilitación: 4100100466c1

Dirección: cll 18 # 6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8750349

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o quien haga la función de prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financ... de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Sal... Contraloría General de la República, de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. ... la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago ... por los mismos conceptos.

Dr Angelo Tovar
Médico Cirujano
CC 7706... RM 358

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Dr Angelo Tovar
Médico Cirujano
CC 7706... RM 358

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

RM 358

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser S... NIT ...

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

FRANCISCO ... S.A.S
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

307

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

INFORME No. 15783

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 11

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO V4T23D

No. DE POLIZA 13241408373873

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Pena Losada C.C. 1075253271 DE Nieva H.la

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Km 08+200mts Cajon [illegible] Fincas Especia

TIPO DE TRANSPORTE: 10+52

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HEJ 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR JUAN SEBASTIAN CASTRO VELASQUEZ IDENTIFICADO CON C.C. No. 1077012800 DE Nieva H.la

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

29296

Soludiaser S.A.S

FECHA | HORA DE SALIDA | HORA LLEGADA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD

R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido | 2do apellido | 1er nombre | 2do nombre

FECHA NACTO | SEXO M F | G.C. | R.H. | RAZA | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio | Teléfono

DIRECCION DE ATENCION | Vía pública | Casa | Trabajo | Otro | Estudiante | Prestigiado | Vendedor

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO | Accidente Tránsito | Accidente Laboral | Accidente Común | Terrorismo | Lesión por Agresión | Enfermedad General | Catástrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

EXAMEN FISICO | TA | FC | FR | T | Peso | Talla | Glasgow | Pupilas D I mm I mm

Ocular: 4 Espontánea 3 Al llamado 2 Al dolor 1 No hay
Verbal: 5 Orientada 4 Confusa 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 No hay
Motora: 6 Obedece 5 Localiza 4 Retira 3 Flexión anormal 2 Extensión 1 No hay

Espontánea 2 Normal 1 Ninguna
Al llamado 1 Normal 0 Ninguna
Al dolor 0 Ninguna

TOTAL /15

REVISAR TRIAGE SCORE

1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical | ECG | Monitoreo
Aspiración | Nebulización | Lavado
Oxigenación | Inmovilización | Sutura
Inmovilización | Inmovilización
Ventilación | Canalización

IMPRESION DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES

Nombre del Medico | Nombre Auxiliar | Numero Consecutivo

Dr. Anyelo Tovar
Médico Cirujano
C.C. 7726132 - R.M. 358

TAC

9

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 11-04-2018 HORA 10+52

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Juan Sebastian Castro Velasquez

IDENTIFICACION 1077012800

DIRECCION cll 2 N.5-53 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3156480480

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR X PEATON OCUPANTE

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo motocicleta Marca honda Placa VYT23D

Poliza No 1324-14083387-3 Aseguradora previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Usuario que se movilizaba como conductor en motocicleta de placa VYT23D el cual pierde el control de la moto y se sale de la via sufriendo accidente de transito

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a traves de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizo mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios

Juan Sebastian Castro
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA 1077012800.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C C.C

8

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1077012800
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	CASTRO VELASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA -CM	CONTRIBUTIVO	06/07/2012	31/12/2999	COTIZANTE

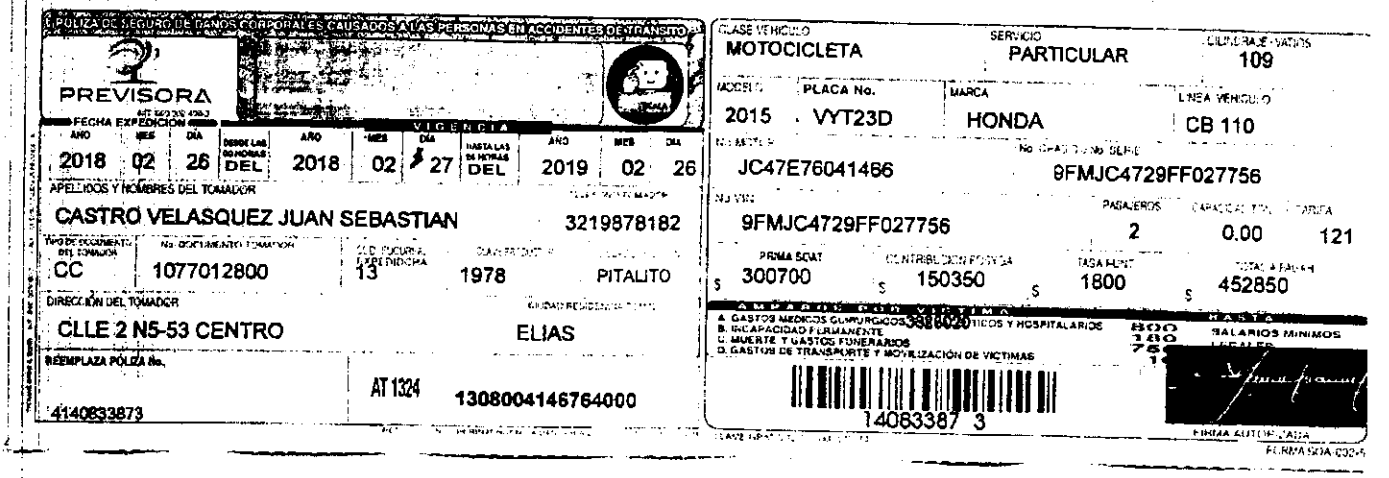
Fecha de Impresión:	04/11/2018 11:28:14	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 MES 02 DÍA 26

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO 2018 MES 02 DÍA 27 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 02 DÍA 26

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN — 3219878182

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 1077012800 — C/D PROCURA EXPEDICIÓN: 13 — 1978 — PITALITO

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CLLE 2 N5-53 CENTRO — ELIAS

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4140833873 — AT 1324 — 1308004146764000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE - VATIOS: 109

MODELO: 2015 — PLACA No.: VYT23D — MARCA: HONDA — LINEA VEHICULO: CB 110

No. MOTOR: JC47E76041466 — No. CHASIS O No. SERIE: 9FMJC4729FF027756

No. VIN: 9FMJC4729FF027756 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON.: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 300700 — CONTRIBUCION FONSAT: $ 150350 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 452850

CLASIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS [illegible]TICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES

B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 76

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 1

14083387 3

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOAT-002-1

REPÚBLICA DE COLOMBIA

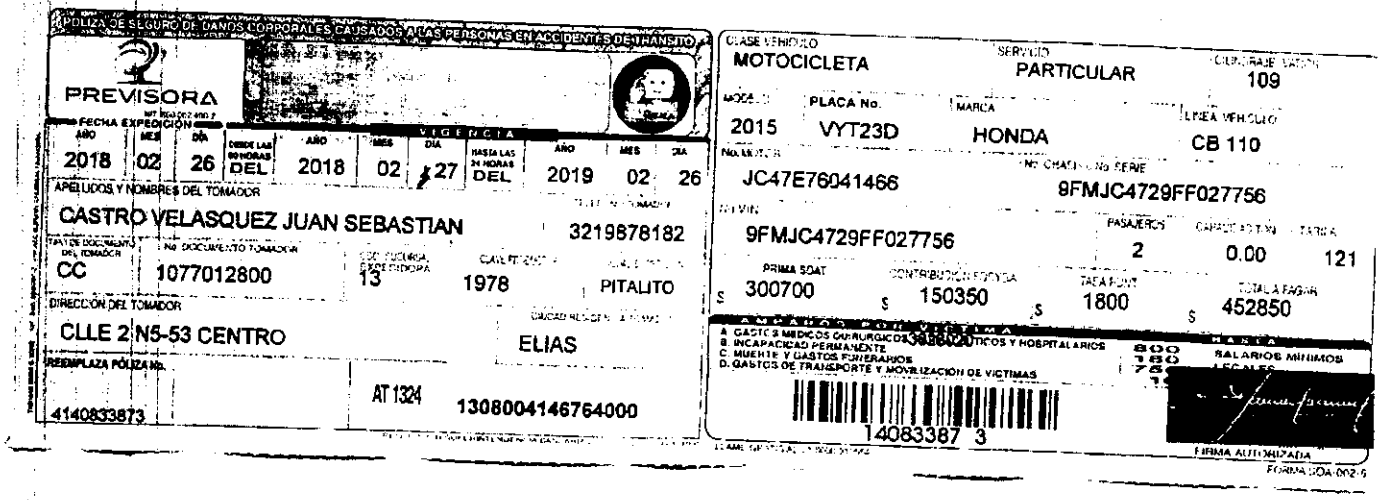
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10009553584

PLACA: VYT23D	MARCA: HONDA	LINEA: CB 110	MODELO: 2015
CILINDRADA CC: 109	COLOR: NEGRO		SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ: 2
NUMERO DE MOTOR: JC47E-7-6041466	REG: N	VIN: 9FMJC4729FF027756	
NUMERO DE SERIE: [illegible]	REG: N	NUMERO DE CHASIS: 9FMJC4729FF027756	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRES: DIAZ OAGUA LUIS ALEJANDRO — IDENTIFICACIÓN: C.C. 1123312981

6



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 | MES 02 | DÍA 26 | DESDE LAS 00 HORAS DEL

VIGENCIA: AÑO 2018 | MES 02 | DÍA 27 | HASTA LAS 24 HORAS DEL | AÑO 2019 | MES 02 | DÍA 26

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN

TELEFONO TOMADOR: 3219878182

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 1077012800

DEPARTAMENTO EXPEDICIÓN: 13

CIUDAD EXPEDICIÓN: 1978

CIUDAD RESIDENCIA: PITALITO

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CLLE 2 N5-53 CENTRO

CIUDAD RESIDENCIA: ELIAS

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4140833873

AT 1324

1308004146764000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE (CM3): 109

MODELO: 2015

PLACA No.: VYT23D

MARCA: HONDA

LINEA VEHICULO: CB 110

No. MOTOR: JC47E76041466

No. CHASIS / No. SERIE: 9FMJC4729FF027756

No. VIN: 9FMJC4729FF027756

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0.00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 300700

CONTRIBUCIÓN FONSYGA: $ 150350

TASA RUNT: $ 1800

TOTAL A PAGAR: $ 452850

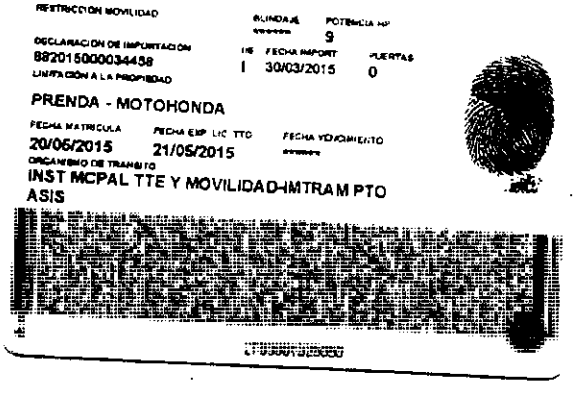
AMPARADOS POR LA PÓLIZA

	HASTA
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS Y HOSPITALARIOS	800 SALARIOS MINIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180 SALARIOS MINIMOS
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	75 SALARIOS MINIMOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	12 SALARIOS MINIMOS

14083387 3

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-6



RESTRICCION MOVILIDAD

CILINDRAJE: ******

POTENCIA HP: 9

DECLARACION DE IMPORTACION: 882015000034458

DE: I

FECHA IMPORT: 30/03/2015

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: PRENDA - MOTOHONDA

FECHA MATRICULA: 20/06/2015

FECHA EXP LIC TTO: 21/05/2015

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRANSITO: INST MCPAL TTE Y MOVILIDAD-IMTRAM PTO ASIS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 47177

CC 1077012800

NOMBRE: CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN **EDAD:** 22 A **F. NACI:** 95.07.18 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 2 NO 5 53 **CIUDAD:** NEUVA **TELEFONO:** 3156480480 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 11/04/2018 11:40

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS VYT23D QUE AL PERDER EL CONTROL DE LA MOTO SE SALE DE LA VIA SUFRIEDNO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN EMABULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN CADERA DERECHA

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.04.11-11:45:17>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47177

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

--><<2018.04.11-18:47:26>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA) V.PREANES: 47185

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: NEGATIVOS

ANESTESICOS: NEGATIVOS

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

--><<2018.04.11-21:26:06>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) I.H. 47189

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1077012800 ADMISION N : 47177

NOMBRE:CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN **EDAD**: 22 A **F. NACI**:95.07.18 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 2 NO 5 53 **CIUDAD**: NEUVA **TELEFONO**:3156480480 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 11/04/2018 11:40

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 125/78 **FC**: 78 **FR**: 18 **T**: **SO2**: 98 **PESO**: **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados. ABRASION SUPERFICIAL EN TORAX ANTERIOR IZQUIERDO,

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

DOLOR A LA PALPACION Y DEFORMIDAD EN CADERA DERECHA

EXTREMIDADES

ABRASION EN CARA ANTERIOR DE LA RODILLA Y PIERNA DERECHA, HERIDA DE 3 CM EN CARA ANTERIOR DEL 1/3 PROXIMAL DE LA PIERNA DERECHA, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S700 TRAUMA EN CADERA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.04.11-11:45:20>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47177

*** PLAN ***

ANMALGESIA
CURACION

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE CADERA DERECHA

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 47177

CC 1077012800

NOMBRE:CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN **EDAD**: 22 A **F. NACI**:95.07.18 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 2 NO 5 53 **CIUDAD**: NEUVA **TELEFONO**:3156480480 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 11/04/2018 11:40

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IV AHORA
TRAMADOL CLOR X 50 MG/1MLFARMIONI CANT: 2 100 MG SC AHORA
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 4 PASAR 1000 ML EN BOLO, LUEGO CONTINUAR A 70 ML CADA HORA
METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML CANT: 1 10 MG IV AHORA
RANITIDINA 50 MG/ 2 ML CANT: 1 50 MG IV AHORA
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 3 PARA DILUIR MEDICAMENTOS
OBSERVACION
NADA VIA ORAL
CUIDADOS DE ENFERMERIA
PREVENCION D ECAIDAS
SE SOLICITA VALORAIOCN POR ORTOPEDIA
CSV Y AC

--><<18.04.11-12:27:49>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47177
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE CADERA DERECHA SE OBSERVA LUXACION POSTERIOR DE LA CADERA

--><<18.04.11-12:28:40>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47177
*** EVOLUCION ***

SE COMENTA PACIENTE TELFONICAMENTE CON MEDICO ORTOPEDISTA DE TURNO QUIEN ORDENA PASAR A CIRUGIA CUANDO COMPLETE AYUNO

--><<18.04.11-15:11:13>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47177
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUE CURSA CON LUXACION DE CADERA DERECHA, ALGICO, SE AJUSTA ANALGESIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOL CLOR X 50 MG/1MLFARMIONI CANT: 1 50 MG IV CADA 8 HORAS
CLORURO DE SODIO 9%X500ML CANT: 1 DILUIR MEDICACION, PASAR BURETROL

--><<18.04.11-16:21:40>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47177
*** EVOLUCION ***

SE TRASLADA PACIENTE A SALAS DE CIRUGIA

*** PLAN ***

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 47177

CC 1077012800

NOMBRE:CASTRO VELASQUEZ JUAN SEBASTIAN **EDAD**: 22 A **F. NACI**:95.07.18 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 2 NO 5 53 **CIUDAD**: NEUVA **TELEFONO**:3156480480 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÐANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 11/04/2018 11:40

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.04.11-16:21:35 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S730 LUXACION POSTERIOR DE CADERA DERECHA	T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: **FECHA**: 18.04.11 **HORA**: 16:21:3

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
C.C. 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10703

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10401	NEIVA,22-May-2018	12:40:53
DIRECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.21	

CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: GUTIERREZ CELIS RUBEN DAR

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1003802266	GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO**	**AT1824134838913**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 15499 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica [X] — Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No.: NVV 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1007860226	RUBEN	DARIO	GUTIERREZ	CELIS
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] — Evento Catastrofico [ ] — Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cra 16 Cll 28 — Zona [X] [R]

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 20 04 2014 — A las: 9 30 AM

Nombre IPS que atendió la victima: clinica Fracturas ortopedia

NIT: 800110181-9 — Código de habilitación: 4100100466C1

Dirección: Cll 18 # 6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756346

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Juan [illegible]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Juan [illegible]

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1075246611

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

320

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16009

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 20

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO JMX 70E

No. DE POLIZA 13241341538913

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Rico Losada C.C. 1075253921 DE Neiva Huila

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 16 Cl 28 HASTA: Clinica Fracturas Ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: 2305

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR RUBEN DARIO GUTIERREZ CELIS IDENTIFICADO CON C.C. No. 1003802966 DE Neiva Huila

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

S.A.S. HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 29161

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
20 Oct 2018	23+05	23+10	23+12	23+17	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

Gutierrez Celis Ruben Dario
1er apellido 2do apellido Nombres

1003802266

FECHA NAITO 10 Jan 1998 SEXO M X F CC X TI RC PAS NUMERO 1003802266 EDAD

RESIDENCIA ACTUAL Direccion Cl 34 11-37 Barrio independencia Municipio
Departamento Pais Telefono 3176664156

DIRECCION DE ATENCION Residencia Trabajo ASEGURADORA RESPONSABLE POLIZA No 1324134533913 Estudiantil
Cl 16 C11 28 Via publica X Otros previsora EPS-C Prepagada
Comercio Ubal AKT Placa JMX70E EPS-S Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Transito X; Accidente Laboral; Accidente Comun; Terrorismo; Lesion por agresion; Enfermedad General; Catastrofe; Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: paciente masculino que en calidad de conductor de moto cae cuando un carro lo sierra

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalogicos: NO

Ultimo Alimento: NO horas Embarazo X

Cirugias:

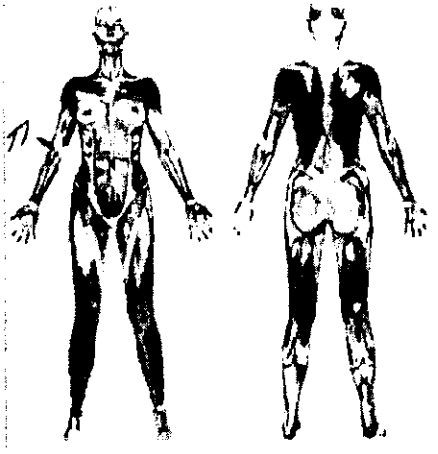
EXAMEN FISICO TA 120/80 FC 80 FR 77 T

NEUROLOGICO PUPILAS D: mm I: mm

A.M.	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R.V.	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O.	4 Espontanea	2 Al dolor	TOTAL /15		
	3 Al llamado	1 No hay			

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	X 3	2	1	0	
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	X 3	2	1	0	
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	X 3	2	1	0	



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Curar Heridas	Inmovilizacion Miembros	Monitoreo	X
Aspiracion	Hemorragias	Liquidos I.V.	
Oxigenacion	Inmovilizacion Dedos	Asepsia	X
Intubacion	Inmovilizacion Mano	Otro	
Ventilacion	Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: presenta mucho dolor en codo derecho

Traslado a: Clinica de Fracturas

Recibido por:

Se entrega Vivo X Muerto

Firma del Paciente

OBSERVACIONES NVV 195

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar: Viviana Barone

Nombre Conductor: Cristian Perez

60

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 15 A Nº 6-16 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 20-04-2018 HORA

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Ruben dario Gutierrez

IDENTIFICACION 7003802206

DIRECCION CR 34 17-37 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR X PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo moto Marca AKT Placa JMX70C

Poliza No 1324345389213 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Paci masculino acc en calidad de conductor de moto caer cuenda un carro lo sierre

S S S S

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS — cc

En mi condicion de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios

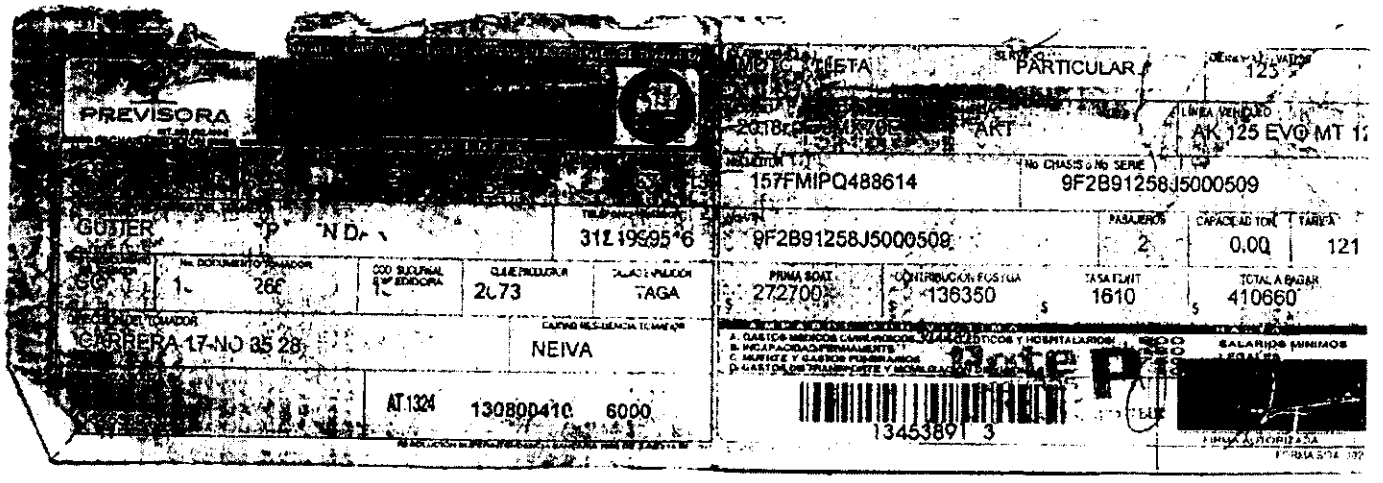
Dario Gutierrez

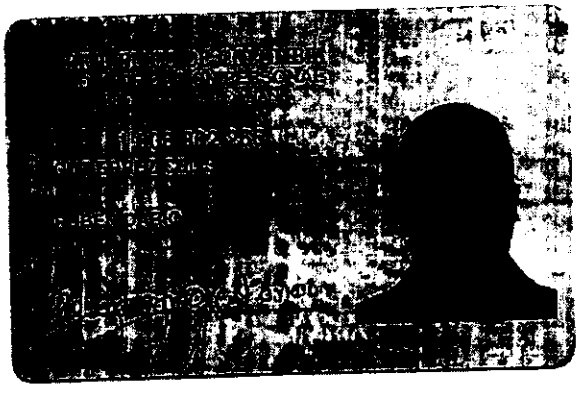
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

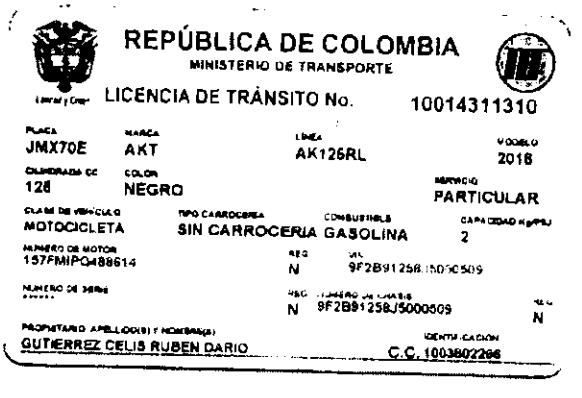
C.C 1003802266

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C







REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014311310

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
JMX70E	AKT	AK126RL	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
126	NEGRO	PARTICULAR

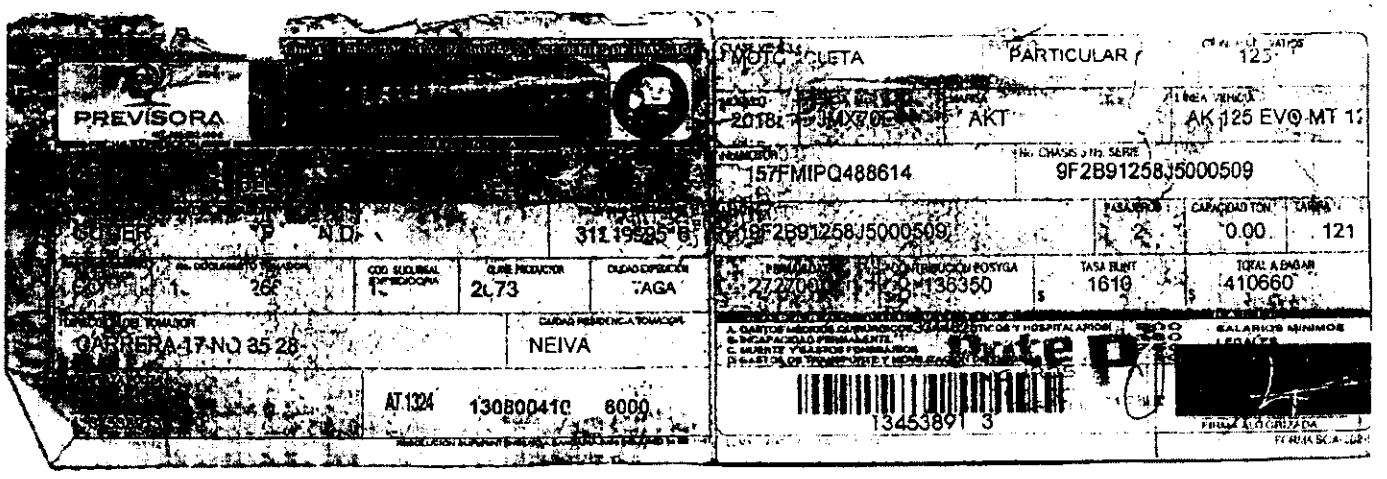
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

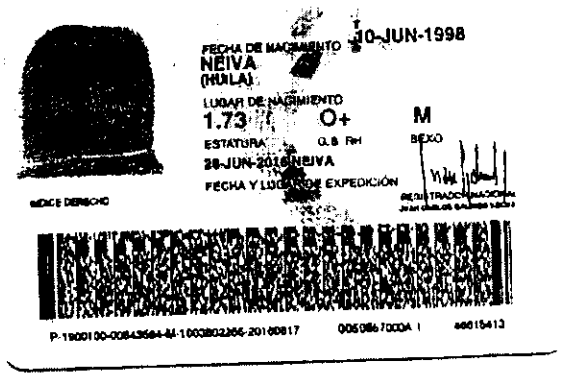
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
157FMIPQ488614	N	9F2B91258J5000509

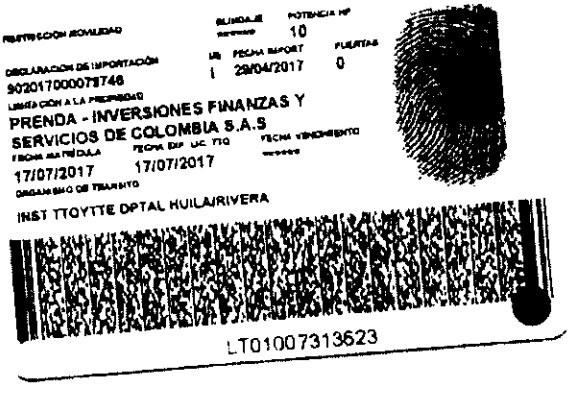
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
	N	9F2B91258J5000509	N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO — C.C. 1003802296


PREVISORA
MOTOCICLETA
PARTICULAR
125
AKT
AK 125 EVO MT 12
157FMIPQ488614
9F2B91258J5000509
9F2B91258J5000509
0.00
121
1619
410660
CARRERA 17 NO 35 28
NEIVA
AT 1324
13080041C
6000
1345389 3


FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1998
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
28-JUN-2016 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO


CILINDRAJE
10
POTENCIA HP
FUERTAS
0
FECHA IMPORT
29/04/2017
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902017000078746
PRENDA - INVERSIONES FINANZAS Y SERVICIOS DE COLOMBIA S.A.S
17/07/2017
17/07/2017
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT01007313623

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1003802266 ADMISION N : 47742

NOMBRE: GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO **EDAD:** 19 A **F. NACI:** 98.06.10 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA34 #11-31 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3174664156 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 20/04/2018 23:27

MOTIVO CONSULTA

CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS JMX70E LOS COLISIONA UN TAXI

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS: 23+17 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 11 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN TALON DERECHO NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, TORAX, ABDOMEN, PELVIS, SIN PERDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA RECUERDA EL EVENTO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.04.20-23:33:46>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47742

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 134/68 **FC:** 89 **FR:** 20 **T:** 36. **SO2:** 95 **PESO:** 115 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR A LA PALPACION Y LIMITACION FUNCIONAL A LA MOVILIDA EN TALON DERECHO, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1003802266 ADMISION N_: 47742

NOMBRE:GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO **EDAD**: 19 A **F. NACI**:98.06.10 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CRA34 #11-31 **CIUDAD**: **TELEFONO**:3174664156 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 20/04/2018 23:27

PIEL

ABRASIONES EN CODO DERECHO

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S903 CONTUSION DE TALON DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

J--><<18.04.20-23:33:50>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47742

*** PLAN ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES CON DOLOR EN TALON DERECHO POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, CURACION DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE CALCANEO DERECHO AXIAL Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 1 DAR A TOMAR 1 TAB VO AHORA

- DIETA NORMAL .
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES .
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--><<18.04.20-23:47:04>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47742

*** EVOLUCION ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 47742

CC 1003802266

NOMBRE: GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO **EDAD:** 19 A **F. NACI:** 98.06.10 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA34 #11-31 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3174664156 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 20/04/2018 23:27

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE INDICA TOMA RADIOGRAFIAS PERO PACIENTE FIRMA DESESTIMIENTO POR TEMOR Y NO LE GUSTA. PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 125/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACION, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE CALCANEO DERECHO: NO SE TOMA PACIENTE FIRMA DESESTIMIENTO

*** PLAN ***

SALIDA

--->><<18.04.20-23:49:22>>, (ORIA). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47742

*** PLAN ***

** OTROS:
SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO EN 8 DIAS CON TRAUMATOLOGIA
** ORDENES MEDICAS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 6
1--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACION DE HORMIGUEO, SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5-- REPOSO.- MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
6---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS

--->><<18.04.20-23:49:42>>, (ORIA). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47742

*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 47742

CC 1003802266

NOMBRE:GUTIERREZ CELIS RUBEN DARIO **EDAD**: 19 A **F. NACI**:98.06.10 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CRA34 #11-31 **CIUDAD**: **TELEFONO**:3174664156 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 20/04/2018 23:27

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.04.20-23:49:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S903 CONTUSION DE TALON DERECHO	T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.04.20 **HORA**:23:49:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 3 DIAS

Juan Alberto Baron
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061.724.214

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10817

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324) LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-10514	NEIVA,25-May-2018	11:45:03
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.24	
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**		
001 01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: SACANAMBOY VELASQUEZ ADRI		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: SACANAMBOY VELASQUEZ ADRIANA YANETH

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075289028	SACANAMBOY VELASQUEZ ADRIANA YANETH	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: SACANAMBOY VELASQUEZ ADRIANA YANETH**	AT1032413698388	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

PORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

SALUDLASER S.A.
NIT
FRANCISCO
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Salgullaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 14861 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] NIT Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No. HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075289078	ADRIANA	YANETH	SACARAMOUY	VELASQUEZ
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 2 cl 40 Zona [X] U [ ] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 10 MARZO 08 A las 1535

Nombre IPS que atendió la victima clínica de fracturas y ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 410010046601

Dirección CALLE 18 # 665

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institucion Prestadora de salud declaro a gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República o de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Firma Vladimir

MEDICO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

7702628

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

332

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14765

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 2 DIA 10

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OPU 106

No. DE POLIZA 1324136483660

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Realpe C.C. 1075754683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cra 2 calle 40 HASTA: clinica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Moto 150 2 Basculo

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. IIF04G

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR ADRIANO YANCTH

IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075784078 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludisser S.A.S. NIT 900.324.272-2

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 28852

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
10 02 2018	15+02	15+05	15+22	15+25	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

Sacaramboy Velasquez Adriana Yaneth 1075289028
1er apellido 2do apellido Nombres

FECHA NAC/TO 17 04 1994 SEXO M [ ] F [X] C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] PAS. [ ] NUMERO 1075289028 EDAD

RESIDENCIA ACTUAL Direccion. Cll 81c #18-04 Barrio: El Dorado Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: Colombia Telefono 3124460676

DIRECCIÓN DE ATENCION Residencia [ ] Trabajo [ ] Cyz con Cll 40 Via publica [X] Otros [ ] Canaan Comercio [ ] Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE POLIZA No. 132413698366-0 Previsora
Placa: OPO10E
EPS-C Comfamiliar [ ] EPS-S [ ] Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
[X] Accidente Tránsito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Comun [ ] Terrorismo [ ] Lesion por agresion [ ] Enfermedad General [ ] Catástrofe [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Pte femenina En condicion de pasajera que colisionan con otra motocicleta.

Alergias. NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

Ultimo Alimento. horas Embarazo X

Cirugias:

EXAMEN FISICO TA: 110/70 FC: 80 FR: 16 T:

NEUROLÓGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M: ~~6~~ Ordenes 5 Localiza 4 Retira 3 Flexión anormal 2 Extension 1 No hay

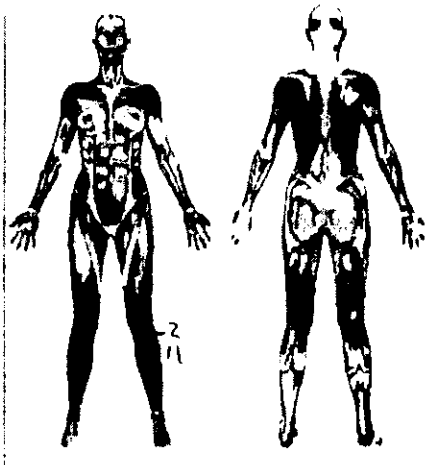
R V: ~~5~~ Orientada 4 Confusa 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 No hay

A.O: ~~4~~ Espontánea 3 Al llamado 2 Al dolor 1 No hay

TOTAL 14 /15

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	~~4~~	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	~~4~~	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	~~4~~	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiración	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V.
[+]	Oxigenacion	[ ]	Inmovilizacion MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilizacion MsIs	[ ]	Otro
[ ]	Ventilación	[ ]	Inmovilización Total	[ ]	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Abrasion en Rodilla Izquierda.

Traslado a: Clinica Fracturas

Recibido por:

Se entrega Vivo [X] Muerto [ ]

Firma del Paciente

Tito Vladimir Polania Torres
MEDICO
R.M. 0987[illegible] HUILA

Tipo unidad TAM [ ] TAB [X]

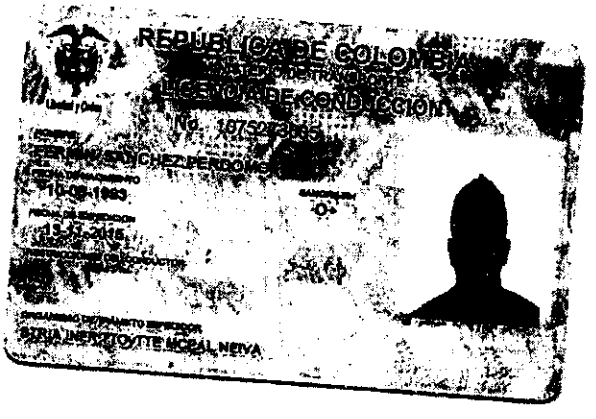
OBSERVACIONES HFU906

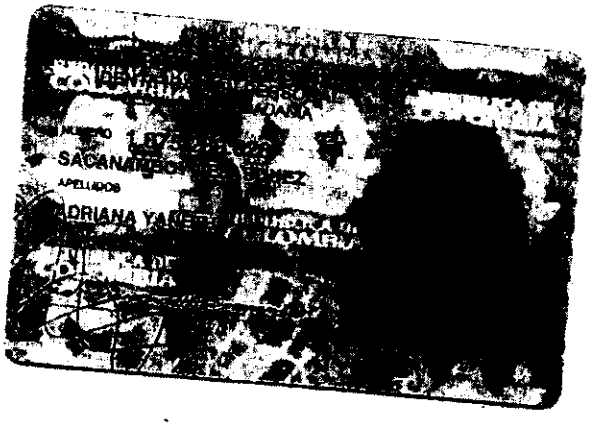
Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Alexander Florez

Nombre Conductor: Cristian Peralta







REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014573753

PLACA: OPO10E	MARCA: BAJAJ	LÍNEA: BOXER CT 100	MODELO: 2018
CILINDRADA CC: 99	COLOR: NEGRO NEBULOSA		SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD PASAJ.: 2
NÚMERO DE MOTOR: DUZWHK15541	REG: N	VIN: 9FLA18AZ2JDG03038	
NÚMERO DE SERIE: 9FLA18AZ2JDG03038	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9FLA18AZ2JDG03038	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: VARGAS CHILITO GLORIA
IDENTIFICACIÓN: C.C. 26483189

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Adriana Sacanamboy Velasquez No. Documento de Identidad 1075289028

Edad 23 Sexo F Dirección Domicilio Cr 81C # 16-04 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3124015525 Celular 3124160676

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Farid Sanchez Perdomo No. Documento de Identidad 1075273605

Edad 23 Sexo M Dirección Domicilio Cll 1 # 15C-76 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3124015525 Celular 3002297773

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa OPO10E Vehiculo MOTO

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004708965000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 10-02-18 Hora 15 to 2

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Cr 2 con Cll 40

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

40 adriana en calidad de acopiante de la moto de placas OPO10E que al colisionar con otra moto caemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo. Adriana Sacanamboy Velasquez identificado con c.c. 1075289028 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva. Fecha y hora 10-02-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Adriana Yanet

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075289028 ADMISION N_: 43140

NOMBRE:SACANAMBOY VELASQUEZ ADRIANA YANETH **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.04.15 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 81C NO 1 B 04 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3124460676 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 10/02/2018 15:37

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS OPO10E QUE AL COLISIONAR CON OTRA MOTO CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PARRILLERA DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.02.10-15:42:01>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 43140

*** Patologicos: TBC TRATADA * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: APENDICECTOMIA HACE 5 AÑOS, CESAREA HACE 4 AÑOS * Alergicios: Niega * FUR: 19/01/2018**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 123/88 **FC**: 111 **FR**: 22 **T**: 37 **SO2**: 99 **PESO**:50 **TALLA**: **IMG**: **E. EMBRIAGUEZ**:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO**: 4 **RM**: 6 **RV**: 5 **GLASGOW**(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, ABRASION CON TATUAJE EN CADERA IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALPACION

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASION CON TATUAJE Y MATERIAL INERTE CON DOLOR A LA PALPACION Y EXTENSION, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075289028 ADMISION N_: 43140

NOMBRE: SACANAMBOY VELASQUEZ ADRIANA YANETH **EDAD:** 23 A **F. NACI:** 94.04.15 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 81C NO 1 B 04 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3124460676 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 10/02/2018 15:37

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S700 CONTUSION DE LA CADERA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES CON TATUAJE

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.10-15:42:05>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43140

*** PLAN ***

CURACIÓN, ANALGESIA E IMAGENOLOGÍA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

--->><<18.02.10-16:47:09>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43140

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX CADERA IZQUIERDA Y RX RODILLA IZQUIERDA SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.02.10-16:49:58>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43140

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS Y SE ORDENA SALIDA CON FORMULA , RECOMENDACIONES, CONTROL E INCAPACIDAD

*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075289028 ADMISION N_: 43140

NOMBRE:SACANAMBOY VELASQUEZ ADRIANA YANETH **EDAD**: 23 A **F. NACI**:94.04.15 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 81C NO 1 B 04 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3124460676 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 10/02/2018 15:37

** OTROS:

HIELO LOCAL, REPOSO Y CURACION EN CASA; ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER REVALORADO NUEVAMENTE Sí PRESENTA ENROGECIMIENTO DEL SITIO DEL TRAUMA, AUMENTO DEL VOLUMEN, , FIEBRE, CALOR LOCAL O MUCHO DOLOR; CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CEFRADINA 500 MG CANT: 20
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20

CEFRADINA TABLETAS, TOMAR 1 (UNA) TABLETA CADA 6 HORAS (6AM 12PM 6PM 12 AM)X 5 DIAS
IBUPROFENO TABLETAS, TOMARSE 1 TABLETA CADA 8 HORAS, PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA

--->><<18.02.10-16:50:50>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43140
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.10-16:50:07 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S700 CONTUSION DE LA CADERA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES CON TATUAJE

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.02.10 **HORA**: 16:50:0

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 5 DIAS

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Médico y Cirujano
RM 096703

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10825

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10522	NEIVA,25-May-2018	11:55:47
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773			**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.24	

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	Observaciones:
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: MARTINEZ ZULIGA DIEGO FER

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: MARTINEZ ZULIGA DIEGO FERNANDO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075236261	MARTINEZ ZULIGA DIEGO FERNANDO	Direccion: ?		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: MARTINEZ ZULIGA DIEGO FERNANDO**	AT1324139926290	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEP $ 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 14936 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (SI es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos).

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N.I. (X) Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica (X) Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No. HFY370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1117523561	DIEGO	FERNANDO	MOLINA	ZUÑIGA
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 30 Cl 15 Zona U (X) R ( )

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 9 M M A A A A A Las 0 7 H M 0

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de fracturas ventana

NIT 800110191-4 Código de habilitación 410010046601

Dirección CALLE 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756344

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15101

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 02 DIA 21

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OBH77C

No. DE POLIZA 13241349767 4-0

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) [illegible] C.C. 1075254683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cra 30 cl 35 HASTA: clinica de fracturas.
Hoyo gil la Juridica

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFY 370

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Diego fernando
Montiel Zuñiga IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075735761 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

342

Saludlaser S.A.S

29042

FECHA

PRIORIDAD

R A N V B

HISTORIA CLINICA

FECHA NAC.

EDAD

RESIDENCIA ACTUAL

DIRECCION DE ATENCION

Estudiante

Pensionado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

Accidente Peatonal

Accidente Laboral

Accidente Transito

Lesion por agresion

Enfermedad General

Catastrofe

Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

EXAMEN FISICO

1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aspiracion
- Oxigenacion
- Intubacion
- Ventilacion
- RCP
- Inmovilizacion
- Inmovilizacion Miembros
- Inmovilizacion Miembros
- Inmovilizacion Tronco
- Monitoreo
- Liquidos I.V.
- Sedacion
- Otro

OBSERVACIONES

IMPRESION DIAGNOSTICA

Remitido por

Se entrega

Muerto

Nombre del Paciente

Nombre del Medico

Nombre Conductor

9

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER 2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 21-02-18 HORA 07-14

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Diego fernando martinez

IDENTIFICACION 1075235761

DIRECCIÓN cra 30 cl 15 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3223156586

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR(X) PEATON( ) OCUPANTE( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Marca Placa ORH77E

Poliza No. 1374134976240 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Yo iba en mi moto y colisiono con un TAXI haciendome accidentar con un bolbi en la rodilla derecha

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios

Diego fernando martinez

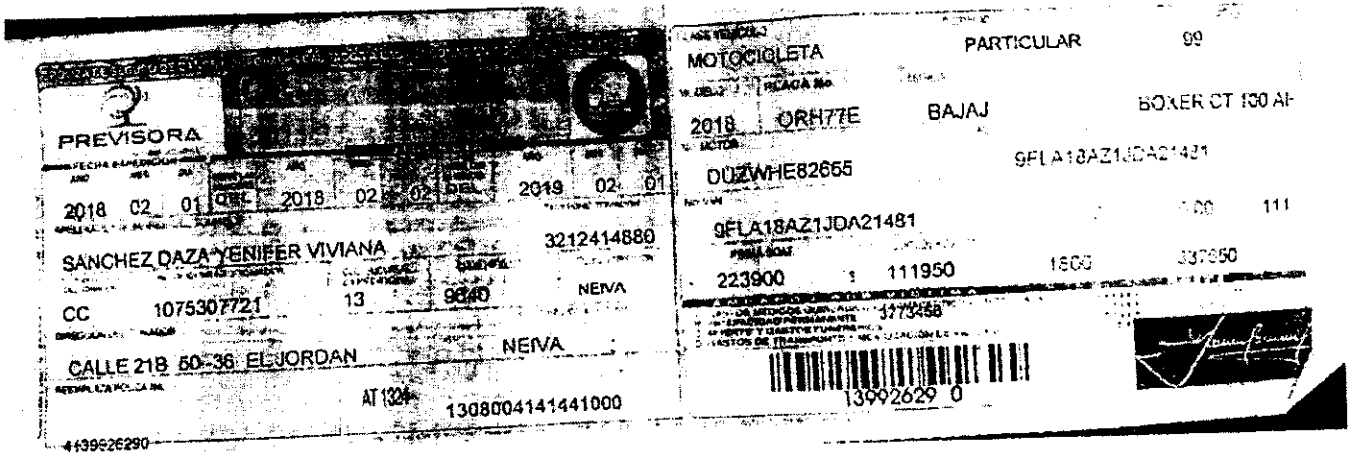
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075235761

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C




PREVISORA
2018 02 01
2018 02 02
2019 02 01
SANCHEZ DAZA YENIFER VIVIANA
3212414880
CC 1075307721
13
NEIVA
CALLE 218 50-36 EL JORDAN
NEIVA
AT 1324
1308004141441000
MOTOCICLETA
PARTICULAR
99
2018
ORH77E
BAJAJ
BOXER CT 100 AH
DUZWHE82665
9FLA18AZ1JDA21481
223900
111950
1600
13992629 0

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Diego Martinez Zuñiga No. Documento de Identidad 1075235261

Edad 29 Sexo M Dirección Domicilio Cll 13 # 24-11 Ciudad Neiva Teléfono 3212414080

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Diego M. Zuñiga No. Documento de Identidad 1075235261

Edad 29 Sexo M Dirección Domicilio Cll 13 # 24-11 Ciudad Neiva Teléfono 3212414080

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajas Placa DRH77E Vehiculo MOTO

3.1 Aseguradora Previsora Poliza No. 1308004741441000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 21-02-18 Hora 07:14

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante _____ Peatón _____	Cruce cra 10 con cll 15

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Diego en calidad de conductor de la moto de placas DRH77E cuando iba circulando por un taxi y choco accidentado.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Diego Martinez Zuñiga identificado con c.c. 1075235261 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 21-02-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43895

CC 1075235261

NOMBRE: MARTINEZ ZUÑIGA DIEGO FERNANDO **EDAD:** 29 A **F. NACI:** 88.09.04 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 13 NO 24 11 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3223156586 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 21/02/2018 07:54

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS ORH77E QUE AL COLISIONAR CON UN TAXI PIERDE EL CONTRO Y CAE SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.02.21-08:02:21>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 43895

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 142/81 **FC:** 75 **FR:** 22 **T:** 37 **SO2:** 0 **PESO:** 96 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA ABRASION Y DOLOR EN RODILLA Y PIERNA DERECHA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 43895

CC 1075235261
NOMBRE:MARTINEZ ZUÑIGA DIEGO FERNANDO **EDAD**: 29 A **F. NACI**:88.09.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U
DIRECCION: CLL 13 NO 24 11 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3223156586 **ZONA**: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:
PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI
OBSERVACION 21/02/2018 07:54

PIEL
De aspecto normal.
FANERAS
De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 CONTUSION DE LA RODILLA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S801 CONTUSION DE PIERNA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.02.21-08:02:23>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43895
*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- PREVENCION CAIDAS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

--->><<18.02.21-09:17:34>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43895
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIAS:
1. RODILLA DERECHO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
2. PIERNA DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075235261 ADMISION N_: 43895

NOMBRE:MARTINEZ ZUÑIGA DIEGO FERNANDO EDAD: 29 A F. NACI:88.09.04 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 13 NO 24 11 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3223156586 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 21/02/2018 07:54

--->><<18.02.21-09:18:47>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43895
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. SE REALIZA CURACION, ANALGESIA Y TOMA DE RADIOGRAFIA DENTRO DEL LIMITYE DE LA NORMALIDAD. EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA PRIORITARIA 22/02/18 09+30 HR
INCAPACIDAD MEDICA 2 DIAS
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

--->><<18.02.21-09:20:31>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43895
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

WINADINNE (ACETAMINOFEN 325 MG+CODEINA 8 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.

** ORDENES MEDICAS:

VALORORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA 22/02/18 09+30 HR

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 1 TAB CADA 8 HORAS

--->><<18.02.21-09:21:02>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 43895
*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075235261 ADMISION N : 43895

NOMBRE:MARTINEZ ZUÑIGA DIEGO FERNANDO EDAD: 29 A F. NACI:88.09.04 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 13 NO 24 11 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3223156586 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 21/02/2018 07:54

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.21-09:20:37 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S800 CONTUSION DE LA RODILLA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1

S801 CONTUSION DE PIERNA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2

T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 2 DIAS FECHA: 18.02.21 HORA: 09:20:3

Ana María Lobo M.
MEDICO GENERAL
CC 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10830

ENTIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.	EVENTO	1-10827	NEIVA,25-May-2018		12:02:02
DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.24	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJ			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJANDRO

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076242282	RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJANDRO	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJANDRO**	**AT1324138255781**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Habilitado COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

FRANCISCO FLORES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 15602 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. NIT X Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Vehículo Placa No. HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido X C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075272282	Diego	Alejandro	Ramirez	Alejano
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 17 Cll 19 Zona U R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 19 03 2014 A las 19 00

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de fracturas Yuri Ltda.

NIT 800110181 - 4 Código de habilitación 4100100046601

Dirección CALLE 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diego Alberto Bazan C. Medico y Cirujano UNICAUCA RM 061.724.21.

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

355

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15662

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DÍA 22

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OQK 47E

No. DE POLIZA 13741387587 6-1

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Penilla C.C. 1075 754683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cra 17 c/ 19 HASTA: Clínica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora 20:04 B= libertad.

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUU 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Diego Alejandro Ramirez Alvarez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075242282 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Sgludoser S.A.S. NIT 900 424 222 7 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA — 29495

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
22 marzo 2018	20 to4	20 to9	20-23	20 t31.	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

Ramirez (1er apellido) Aldana (2do apellido) Diego Alejandro (Nombres) 1075242282

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
22 ene 1990	M X F	X T.I.	C.E.		1075.242.282.	28

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Cra 1A bis #64a34 Barrio: villa maria Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: colombia Telefono 3182308372.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: cra 17 cll 19 B) libertad
Residencia [ ] Trabajo [ ] Via publica [X] Otros [ ] Comercio [ ] Cual:
ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No 1382876 1 — Placa: OQK42E
EPS-C: Medimas [ ] Prepagada [ ] — EPS-S [ ] — Estudiantil [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- [X] Accidente Tránsito
- [ ] Accidente Laboral
- [ ] Accidente Comun
- [ ] Terrorismo
- [ ] Lesion por agresión
- [ ] Enfermedad General
- [ ] Catástrofe
- [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: paciente masculino mayor de edad que iba como pasajero de moto que cae cuando el conductor pierde el control en una curva

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

Ultimo Alimento: horas Embarazo X

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO TA: 110/70 FC: 81 FR: 20 T: 37

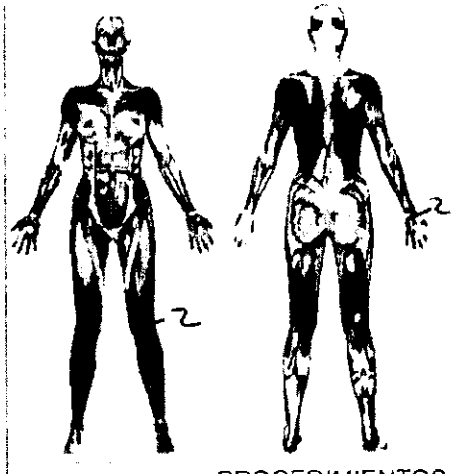
NEUROLÓGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R M: (6) Ordenes 4 Retira 2 Extension 5 Localiza 3 Flexion anormal 1 No hay

R.V: (5) Orientada 3 Inapropiada 1 No hay 4 Confusa 2 Incomprensible

A.O: (4) Espontánea 2 Al dolor 3 Al llamado 1 No hay

TOTAL 15 /15



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	10-29 (4)	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
PA sistolica	>89 (4)	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	13-15 (4)	9-12 3	6-8 2	4-5 1	3 0

PROCEDIMIENTOS

[ ] Collar Cervical	[ ] RCCP	[X] Monitoreo	
[ ] Aspiración	[ ] Hemostasia	[ ] Liquidos I.V.	
[ ] Oxigenación	[ ] Inmovilizacion MsSs	[X] Asepsia	
[ ] Intubacion	[ ] Inmovilizacion Msis	[ ] Otro	
[ ] Ventilación	[ ] Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: abracion en dorso de mano derecha tabracion en rodilla izquierda

Traslado a: clinica de fracturas y ortopedia.

Recibido por: Johan Albero Bazan

Se entrega Vivo [X] Muerto

Firma del Paciente

OBSERVACIONES: HFU9106

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Elizabeth Tafur

Nombre Conductor: Cristian Peralta.

FC [ ] FAM [ ] unidad TAB [X]

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 22-marzo-2018 HORA 20:04

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Diego Alejandro Ramirez Aldana.

IDENTIFICACION: 1075 242 282.

DIRECCION: Cra 3A Bis # 64A-34 TELEFONO(S):

TELEFONO CELULAR: 318 230 8372.

CONDICION DEL PACIENTE: CONDUCTOR: PEATON: OCUPANTE: X

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo: motocicleta Marca: SUZUKI Placa: OQK42E

Poliza No: 138258761 Aseguradora: Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba en conducción de pasajero de moto que cae cuando el conductor pierde el control en una curva.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS EMPLEADOS:

1 En mi condicion de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la unidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios

Diego Alejandro Ramirez

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075242282.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

X

PREVISORA

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	SERVICIO: PARTICULAR	CILINDRAJE / CARGA: 150	
MODELO: 2017	PLACA: OQK42E	MARCA: SUZUKI	LÍNEA VEHÍCULO: GZ150-A
No. MOTOR: G422B2Z17656		No. CHASIS: LC6NG48A3H1101394	
No. VIN: LC6NG48A3H1101394		PASAJEROS:	CAPACIDAD TON.: 0.00
			TARIFA: 121
PRIMA AMPARO: $ 272700	CONTRIBUCIÓN FONSYGA: $ 136350	TASA RUNT: $ 1800	TOTAL A PAGAR: $ 410850.

2017 11 DEL 2018 11

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: TRIVIÑO ESPINOSA SEBASTIAN — TELÉFONO TOMADOR: 3102438373

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO DEL TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN	CLAVE EXPEDICIÓN	CLASE EXPEDICIÓN
CC	1075276058	13	9610	NEIVA

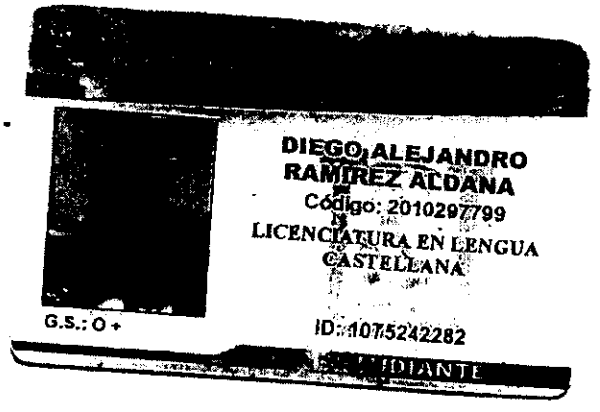
DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 1 N 48 -30 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REMPLAZA PÓLIZA No.: AT1324 — 1308004123838000

No. 13825876 1

No. 13825876 1

FORMA SOA-002-





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015036599

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OQK42E	SUZUKI	GZ150-A	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PEJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: G422-B2Z17656 — REG. N — VIN: LC6NG48A3H1101394

NÚMERO DE SERIE — REG. N — NÚMERO DE CHASIS: LC6NG48A3H1101394 — REG. N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): TRIVIÑO ESPINOSA SEBASTIAN — IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075276058

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Diego Ramirez Aldana No. Documento de Identidad 1075242282

Edad 28 Sexo M Dirección Domicilio CY 7A B15 #64A-34 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3138651234 Celular 3182308872

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Sebastian Triviño Espinosa No. Documento de Identidad 1075276058

Edad 24 Sexo M Dirección Domicilio CY 1 # 98-30 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3143193560 Celular 3102438373

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bozuki Placa OOK42E Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308000412838000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 22-03-18 Hora 20+04

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	CY 17 con CL 19

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

YO Diego en calidad de ocupante de la moto de Placas OOK42E que al perder el control de la moto caemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Diego Ramirez Aldana identificado con c.c. 1075242282 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 22-03-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

X

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075242282 ADMISION N_: 45986

NOMBRE: RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJANDRO **EDAD:** 28 A **F. NACI:** 90.01.22 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 1A BIS NO 64A 34 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3182308372 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 22/03/2018 21:14

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS OQK42E QUE AL PERDER EL CONTROL DE LA MOTO CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS: 20+31 REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 27 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN AMBAS RODILLAS NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, TORAX, ABDOMEN, PELVIS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA RECUERDA EL EVENTO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.03.22-21:18:30>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 45986

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 146/93 **FC:** 85 **FR:** 20 **T:** 36 **SO2:** 95 **PESO:** 70 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR LIMITACION A LA MOVILIDA EN AMBAS RODILLAS , perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075242282 ADMISION N_: 45986

NOMBRE: RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJANDRO **EDAD:** 28 A **F. NACI:** 90.01.22 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 1A BIS NO 64A 34 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3182308372 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 22/03/2018 21:14

PIEL

ABRASIONES EN MANO IZQUIERDA Y RODILLAS

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S800 CONTUSION DE LAS RODILLAS

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES.

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.03.22-21:18:32>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45986

*** PLAN ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES CON DOLOR EN RODILLAS POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, CURACION DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE ROUILLA DERECHA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 APLICAR 1 AMP IM AHORA

- DIETA NORMAL.
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES .
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.03.22-21:54:55>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45986

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075242282 ADMISION N_: 45986

NOMBRE:RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJANDRO **EDAD**: 28 A **F. NACI**:90.01.22 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CR 1A BIS NO 64A 34 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3182308372 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 22/03/2018 21:14

RX DE RODILLA IZQUIERDA Y DERECHA SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.

--->><<18.03.22-21:55:56>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45986
*** EVOLUCION ***

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SE TOMA RADIOGRAFÍAS ENCONTRÁNDOSE NORMALES, PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 125/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** PLAN ***

SALIDA

--->><<18.03.22-21:57:52>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45986
*** PLAN ***

** OTROS:
SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO EN 5 DIAS CON TRAUMATOLOGIA

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 6
1--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5-- REPOSO- MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
6---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS.

--->><<18.03.22-21:58:12>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 45986

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 45986

CC 1075242282

NOMBRE:RAMIREZ ALDANA DIEGO ALEJANDRO **EDAD**: 28 A **F. NACI**:90.01.22 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CR 1A BIS NO 64A 34 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3182308372 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 22/03/2018 21:14

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.03.22-21:57:56 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S800 CONTUSION DE LAS RODILLAS

DIAGNOSTICO RELACIONADO2

T141 ABRASIONES.

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.03.22 **HORA**:21:57:5

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 3 DIAS

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UAHCAUCA
RM 1.061.724.214

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10837

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10534	NEIVA,25-May-2018	12:11:33
LA PREVISORA S.A.						
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773			**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.24	

CONTRATO/PLAN		REGIMEN	Observaciones:
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: PEÑA ROJAS JERICXON JOHAN

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: PEÑA ROJAS JERICXON JOHANER

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1029962738	PEÑA ROJAS JERICXON JOHANER	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: PEÑA ROJAS JERICXON JOHANER**	AT1324135060962	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER SAS
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260,414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15517 | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N.I. (X) — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica [X] — Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No. NVU 19

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	RC	1027496773	JEICON	JOHONCIL	PEÑA	POLO
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] — Evento Catastrofico [ ] — Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Calle 3 Cra 23 — Zona [X] [R]

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 03 04 2013 — A las: 14 15

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fsalud Ortopedica

NIT: 900 110 191 - 9 — Código de habilitación: 410100 4660 01

Dirección: Calle 18 6-00

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8716211

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Edgar Andrés Obando
Médico
C.C. 1075218065
R.M. 41665-12

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Edgar Andrés Obando
Médico
C.C. 1075218065
R.M. 41665-12

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

367

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15632

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 13 MES 04 DIA 07

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO ASD46E

No. DE POLIZA 13741350609612

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Yeison Diaz Moreno C.C. 1075711946 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Calle 8 cra 22 HASTA: Clinica Fedicos Ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: P/bolos 11:15:12

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUV195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jerson Quintero Perez Pujos IDENTIFICADO CON C.C. No. CC 1018467956 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Hadipser S.A.S. NIT. 900.324.272-2

HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA 28852

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
07 Abr 2016	15:11	15:17	15:40	15:57	R X N V B

No. HISTORIA CLÍNICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Peña	Rojas	Jackson Sharit	1029586273736

FECHA NACTO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
11 Jun 2011	M X F	T.I.	C.E.		1541796173361	

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Cll 8 N42-09 Barrio: Antonio Nariño Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: Colombia Telefono 3202927953

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Residencia | Trabajo | Via publica X | Otros | Comercio | Cual:
Cll 8 cra 23

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No. 1350 6096 - 2 — Placa: ASD 46C
EPS-C Caja familiar — EPS-S

Estudiantil | Prepagada | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

X Accidente Tránsito	Terrorismo	Catástrofe	
Accidente Laboral	Lesion por agresión	Otro	
Accidente Comun	Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino menor de edad quien iba como ocupante de moto que colisiono con otra moto,

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

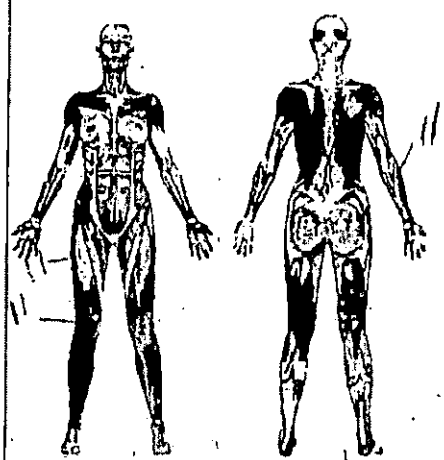
Ultimo Alimento: horas | Embarazo | NA X

Ciruglas: No

EXAMEN FISICO TA: 100/65 FC: 96 x FR: 30 x T: 36,9

NEUROLÓGICO | PUPILAS | D: 3 mm | I: 3 mm

R.M:	6	Ordenes	4	Retira	2	Extension
	5	Localiza	3	Flexión anormal	1	No hay
R.V:	5	Orientada	3	Inapropiada	1	No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible		
A.O:	4	Espontánea	2	Al dolor	TOTAL	
	3	Al llamado	1	No hay	15 /15	



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical		RCCP		X Monitoreo	
Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.	
Oxigenación		Inmovilizacion MsSs		X Asepsia	
Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:	
Ventilación		Inmovilizacion Total			

IMPRESION DIAGNOSTICA: Dolor codo derecho y extremidad derecha

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega | Vivo | X Muerto

Edgar Andrés Obando Medico C.C. 1075218065 R.M. 41666-12

OBSERVACIONES NUV195

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAB X

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Yeison Luis Nombre Conductor: Yeison Diaz

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

16 TELS: 8752231
HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 07/04/18 HORA 15+12

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jevicxon Peña Rojas

IDENTIFICACION RC 1029962736

DIRECCION CL 27 N 42-09 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3202929952

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Kymco Placa ASD 46E

Poliza No 13506096-2 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Paciente [fem] masculino menor de edad que iba como ocupante de moto que calisiono a con otra moto.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS Moto - Moto

En mi condición de victima de accidente de transito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

CC

Zulma Zineth Peña Rojas

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

CC 1121898544

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1029962736
NOMBRES	JERICXON JOHANER
APELLIDOS	PEÑA ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO	02/10/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/24/2018 09:53:42	Estación de origen:	181.57.242.214

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

6

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
AÑO	MES	DÍA		HORAS				AÑO	MES	DÍA	
2017	04	27	DEC	2017	04	28	DEL	2018	04	27	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: SURY MOTOR SAS — TALONARIO: 8669820

TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL	CLASE / MODELO	CIUDAD EXPEDICIÓN
NI	9004682713	13	1377	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 14A NO 6A 73 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

NO. PÓLIZA		
4135060982	AT1324	1308004091608000

CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2016	ASD46E	KYMCO	AGILITY DIGITAL

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	PASAJEROS
KN25SY1020309	9FLU62010GCA38696	2

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD KG	TARIFA
9FLU62010GCA38696	2	0.00	121

PRIMA SAP	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 4610	$ 410660

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. AHUNTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS

13500096 2

Póliza de Seguros No. 1049 Tel. 871 7800

FIRMA AUTORIZADA

ES MAS BARATO AL 01 8000 515050 — FORMA SOA-002-6



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015692421

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ASD46E	KYMCO	AGILITY DIGITAL 125	2016

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	BLANCO INFINITO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KPASAJ.
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
KN25SY1020309	N	9FLU62010GCA38696

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9FLU62010GCA38696	N	9FLU62010GCA38696	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
PEÑA ROJAS ZULMA JINETH — C.C. 1121888544

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jerixon Peña Rojas No. Documento de Identidad 1029962736

Edad 6 Sexo M Dirección Domicilio Cll 27 # 47-07 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3202929952

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Zulma Peña Rojas No. Documento de Identidad 1721898544

Edad 25 Sexo F Dirección Domicilio Cll 27# 47-07 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3202929952

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Kymco Placa ASD46G Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004097608000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 07-04-18 Hora 15+12

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Cll 8 con Cr 23

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Zulma declaro que mi hijo Jerixon en calidad de ocupante de la moto de placas ASD46E que al colisionar con otra moto fuemos sufriendo lesiones

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Zulma Jineth Peña Rojas identificado con c.c. 1721898544 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 07-04-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

RC 1029962736 ADMISION N_: 46867

NOMBRE:PEÑA ROJAS JERICXON JOHANER EDAD: 6 A F. NACI:11.06.11 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 27 NO 42 07 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3202929952 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 07/04/2018 16:03

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS ASD46E QUE AL COLISIONAR CON OTRA MOTO CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO, CAUSANDOLE CAIDA CON POLITRAUMATISMOS, AL PARECER SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, RECUERDA LOS HECHOS

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<18.04.07-16:05:44>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) H.U. 46867

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 92/60 FC: 80 FR: 20 T: 36 SO2: 98 PESO:20 TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, CONTUSION EN MENTON NO EDEMA NO DEFORMIDAD, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASION EN CODO DERECHO, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 46867

RC 1029962736

NOMBRE:PEÑA ROJAS JERICXON JOHANER EDAD: 6 A F. NACI:11.06.11 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 27 NO 42 07 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3202929952 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 07/04/2018 16:03

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S097 CONTUSION EN MENTON	T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.04.07-16:05:47>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46867

*** PLAN ***

ANALGESIA CURACIONES

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 DAR 12.5 CC VIA ORAL AHORA

-EN SALA DE CURACIONES: REALIZAR CURACION DE ABRASIONES CON TECNICA ASEPTICA.
-ADMINISTRAR ANALGESIA INDICADA
-REVALORAR

--->><<18.04.07-16:26:06>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46867

*** EVOLUCION ***

ANALISIS-EGRESO
PACIENTE REVALORADO, EN EL MOMENTO ESTABLE, NO DISNEA, NO COMPROMISO HEMODINAMICO NI NEUROLOGICO CENTRAL, EXTREMIDADES MOVILES, DEAMBULA SOLO, POR LO CUAL SE INDICA EGRESO CON TTO MEDICO AMBULATORIO, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

--->><<18.04.07-16:27:28>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46867

*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

ACETAMINOFEN JARABE, DAR 12 CC CADA 8 HORAS

** OTROS:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

RC 1029962736 ADMISION N : 46867

NOMBRE:PEÑA ROJAS JERICXON JOHANER EDAD: 6 A F. NACI:11.06.11 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 27 NO 42 07 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3202929952 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 07/04/2018 16:03

RECOMENDACIONES GENERALES---CURACIONES DIARIAS EN CASA CON ISODINE-REALIZAR TOQUES EN LAS HERIDAS CON MERCURIO CROMO---APLICAR HIELO LOCAL POR 10 MINUTOS CADA 8 HORAS EN AREAS DOLOROSAS---CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN UNA SEMANA, DR CUERVO (PEDIR CITA CON ANTELACION)

** OTROS:

SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS:--- ENROJECIMIENTO Y CALOR DE LAS HERIDAS--- SALIDA DE PUS DE LAS HERIDAS--- DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON ANALGESICOS--- LIMITACION FUNCIONAL IMPORTANTE

--->><<18.04.07-16:27:43>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075210065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 46857

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.04.07-16:27:31 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S097 CONTUSION EN MENTON

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS FECHA: 18.04.07 HORA: 16:27:3

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 2 DIAS

Edgar Andres Obando B.

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10848

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10848	NEIVA,25-May-2018		13:19:17
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.06.24	

CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: GONZALEZ SANCHEZ JOHN HEN

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076267508	GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY**	at1324136674821	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 15494 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. C.E. P.A. T.I. (N.I.) Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No.: GL-237

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075257568	JOHN	HENRY	GONZALEZ	SANCHEZ
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Km 9+900 mts Neiva - Tello Zona U [X]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Tello Cod. 799

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifice que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 20/04/2018 A las 14:44

Nombre IPS que atendió la victima: clinica fortuna ortopedica

NIT: 800110181-9 Código de habilitación: 410010046601

Dirección: Cll 18 #6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 875347

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o garante de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Tito Vladimir Pinzon MEDICO RM-0987/03 - USCO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

7702672

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

379

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16005

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	04	21

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: JMR 69F

No. DE POLIZA: 13241355748 21

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Reig Iosada C.C. 1075253271 DE Neiva H.

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Km 9+200 mts Neiva - Tello HASTA: Clinica Ortopedica

TIPO DE TRANSPORTE: 1506

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 66-233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR JOHN HENRY GONZALEZ SANCHEZ IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075257508 DE Neiva H.

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlosar S.A.S. NIT 900 324 [illegible]

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 29163

FECHA 21 04 2019 | HORA DESPACHO 15+00 | HORA LLEGADA 15+05 | HORA SALIDA 15+40 | HORA ENTREGA 15+44 | PRIORIDAD R X N V B

1er apellido: Gonzalez | 2do apellido: Sanchez | Nombres: John Henry | No. HISTORIA CLINICA 7075257548

FECHA NA/TO 4-7-1997 | SEXO M [X] F [ ] | C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] PAS. [ ] | NUMERO 7075257508 | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL: Direccion Cra 27 #7-05 | Barrio: Las Acacias | Municipio: Neiva | Departamento: Huila | Pais: Colombia | Telefono 3203809676

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Residencia [ ] Trabajo [ ] Via publica [X] Otros [ ] Comercio [ ] Cual AKT | ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora | POLIZA No. 132-4135574 | Placa: JMR69E | EPS-C Nuevos [ ] EPS-S [ ] | Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

Kr 200 via Neiva Tello

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Tránsito [X] | Accidente Laboral [ ] | Accidente Comun [ ] | Terrorismo [ ] | Lesion por agresiòn [ ] | Enfermedad General [ ] | Catàstrofe [ ] | Otro [ ]

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino que en calidad de conductor de moto cae cuando vestia en una despalmentada

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patalògicos: No

Ultimo Alimento: No horas | Embarazo X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO TA: 120/80 FC: 79 FR: 18 T: —

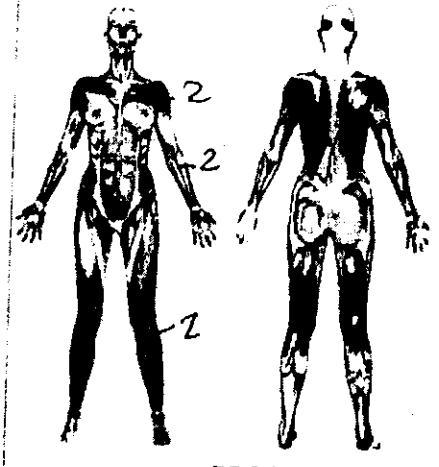
NEUROLÒGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M.	6	Ordenes	4	Retira	2 Extension
	5	Localiza	3	Flexiòn anormal	1 No hay
R.V:	5	Orientada	3	Inapropiada	1 No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible	
A.O:	4	Espontànea	2	Al dolor	
	3	Al llamado	1	No hay	

TOTAL 15/15

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistòlica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiración	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V.
[ ]	Oxigenacion	[ ]	Inmovilizacion MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilizacion MsIs	[ ]	Otro:
[ ]	Ventilación	[ ]	Inmovilizacion Total	[ ]	

IMPRESION DIAGNOSTICA:

Traslado a: Clinica de Fracturas
Recibido por:
Se entrega Vivo [X] Muerto [ ]
Firma del Paciente

Tipo unidad TAM TAB

OBSERVACIONES: GGU 233

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Viviana Barone

Nombre Conductor: Pena Cristian

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 - TELF: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 27-04-2018 HORA 7500

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jhon Henry Gonzalez Sanchez
IDENTIFICACION 1075257508
DIRECCIÓN CR 28 #7C-05 TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR 3203909676
CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [X] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca AKT Placa JMR 69E
Poliza No. 1324135574 82 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que en calidad de conductor de moto cae cuando coguen una alcantarilla

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: — // —

En micondición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañias de seguros responsables de SOAT.
Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Jhon Henry Gonzales

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C 1075257508

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.

PREVISORA

2017	06	08	DEL	09	DEL	2018	06	08	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY — 3203909616

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL	CIUDAD EXPEDICION	CIUDAD EXPEDICION
CC	1075257508	13	1935	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 28 NO 1C BIS 05 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

4135574821	AT1324	13080040984340000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA	SERVICIO: PARTICULAR	CILINDRAJE CMICOS: 125						
MODELO: 2017	PLACA No.: JMR69E	MARCA: AKT	LINEA VEHICULO: AK 125 EVO MT 1					
No. MOTOR: 157FMIPQ380604		No. CHASIS O No. SERIE: 9F2B9125XH5004393						
VIN: 9F2B9125XH5004393								

13567462

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 26.460.
SANCHEZ
APELLIDOS
MARINELA
NOMBRES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014111179

PLACA: JMR69E	MARCA: AKT	LÍNEA: AK125RL	MODELO: 2017	
CILINDRADA CC: 125	COLOR: NEGRO		SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/Pas: 2	
NÚMERO DE MOTOR: 157FMIPQ380604		RSO: N	VIN: 9F2B9125XH5004393	
NÚMERO DE SERIE:		RSO: N	NÚMERO DE CHASIS: 9F2B9125XH5004393	RSO: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075257508

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre John Gonzalez Sanchez No. Documento de Identidad 1075257508

Edad 26 Sexo M Dirección Domicilio Cr 28 # 1C-05 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3133418512 Celular 3203910967

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre John Gonzalez Sanchez No. Documento de Identidad 1075257508

Edad 26 Sexo M Dirección Domicilio Cr 28 # 1C-05 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3133418512 Celular 3203910961

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa JMR69E Vehículo MOTO

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308000409643400

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 21-04-18 Hora 15 to 00

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante Peatón	Km 9 + 200 mts via Neiva Fello

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo John en calidad de conductor de la moto de placas JMR69E que al perder el control de la moto caemos sufriendo lesiones

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo John Henry Gonzalez Sanchez identificado con c.c. 1075257508 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 21-04-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

X

Firma Víctima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075257508 ADMISION N_: 47762

NOMBRE:GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY EDAD: 26 A F. NACI:91.11.04 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CR 28 NO 1C 05 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3203909616 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO:

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA AT:SI

OBSERVACION OBS: SI

21/04/2018 16:06

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS JMR69E QUE AL PERDER EL CONTROL DE LA MOTO CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.04.21-16:09:28>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47762

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega**

1

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 139/94 FC: 106 FR: 22 T: 37 SO2: 98 PESO:78 TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado ABRASION SIMPLE EN HEMITORAX IZQUIERDO, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASIONES CON TATUAJE Y MATERIAL INERTE EN ANTEBRAZO IZQUIERDO Y TODA LA PIERNA IZQUIERDA CARA ANTERIOR, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075257508 ADMISION N_: 47762

NOMBRE:GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY **EDAD**: 26 A **F. NACI**:91.11.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CR 28 NO 1C 05 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3203909616 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 21/04/2018 16:06

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

T141 ABRASIONES EXTENSAS CON TATUAJE

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.04.21-16:09:31>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47762
*** PLAN ***

CURACION Y ANALGESIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES

--->><<18.04.21-16:50:46>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47762
*** EVOLUCION ***

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE DA SALIDA CON INDICACIONES MÉDICAS

*** PLAN ***

** OTROS:

HIELO LOCAL, REPOSO Y CURACION EN CASA; ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER REVALORADO NUEVAMENTE SI PRESENTA ENROGECIMIENTO DEL SITIO DEL TRAUMA, AUMENTO DEL VOLUMEN, , FIEBRE, CALOR LOCAL O MUCHO DOLOR; CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

--->><<18.04.21-16:51:34>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47762
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CEFRADINA 500 MG CANT: 20
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20

CEFRADINA TABLETAS, TOMAR 1 (UNA) TABLETA CADA 6 HORAS (6AM 12PM 6PM 12 AM)X 5 DIAS
IBUPROFENO TABLETAS, TOMARSE 1 TABLETA CADA 8 HORAS, PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075257508 ADMISION N_: 47762

NOMBRE: GONZALEZ SANCHEZ JOHN HENRY **EDAD:** 26 A **F. NACI:** 91.11.04 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CR 28 NO 1C 05 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3203909616 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 MUNICIPIO 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 21/04/2018 16:06

--->><<18.04.21-16:51:57>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47762

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.04.21-16:51:41 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

T141 ABRASIONES EXTENSAS CON TATUAJE

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.04.21 **HORA:** 16:51:4

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 2 DIAS

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Médico y Cirujano
RM 0967703

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10854

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10649	NEIVA,25-May-2018	13:24:53
DIRECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.06.24	

CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: BAUTISTA JAIME ENRIQUE

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: BAUTISTA JAIME ENRIQUE

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7703685	BAUTISTA JAIME ENRIQUE	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: BAUTISTA JAIME ENRIQUE**	**at1324136046772**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

CONSORCIO PREVISORA 2017
05 JUN 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

FC 260,414

Cantidades	**Sub_total**	**Total a Pagar**
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288185 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÊN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900 324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

15

Soldiaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 15919 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG) | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT (X) Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica (X) Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No. HFU906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido (X) C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7703695	Jaime		Antigua	Bautista
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cra 11 cl 21 sur Zona (X) R ( )

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 13 MAYO 2008 A las 17:15

Nombre IPS que atendió la victima clinica de fracturas y ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 410010046601

Dirección CALLE 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República, de ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Edgar Andrés Obando Médico C.C. 1075218065 R.M. 41065-19

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Edgar Andrés Obando Médico C.C. 1075218065 R.M. 41065-19

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

390

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15931

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 13

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO JMN326

No. DE POLIZA 13241350457772

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Pistian Camilo Pinilla C.C. 1075254683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 33 cl 21 Sur HASTA: Clinica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora - Ocasional

☒ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. HFU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jaime Enrique Bautista IDENTIFICADO CON C.C. No. 7703695 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

28814

Solydisser S.A.S. NIT 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
13 Abril 2018	19:50	19:57	20:26	20:35	R X N V B

No HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Bautista		Jaime Enrique	7703695

FECHA NA/TO: 16 Jul 1972 — SEXO: M X F — C.C. X — T.I. — R.C. — C.E. — PAS. — NUMERO: 7703695 — EDAD

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Cl 3B Bis N 24-64 — Barrio: Caguan — Municipio: Neiva — Departamento: Huila — Pais: Colombia — Telefono: 3202472918

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Cra 11 Cll 21 Sur — Residencia — Trabajo — Via publica X — Otros — Comercio — Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No. 1350497-2 — EPS-C Coomeva — EPS-S — Placa: JMN 32E — Estudiantil — Prepagada — Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- X Accidente Tránsito
- Accidente Laboral
- Accidente Comun
- Terrorismo
- Lesion por agresión
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino que iba como conductor de motocar colisiona con un carro.

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

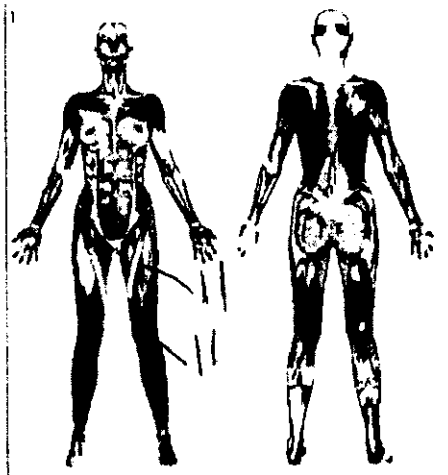
Ultimo Alimento: horas — Embarazo X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO — TA: 10/65 — FC: 89x — FR: 20x — T: 36,5°

NEUROLÓGICO — PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	(6) Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No hay		
R.V:	(5) Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	(4) Espontánea	2 Al dolor	TOTAL 15 /15		
	3 Al llamado	1 No hay			



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	10-29 (4)	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
PA sistólica	>89 (4)	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	13-15 (4)	9-12 3	6-8 2	4-5 1	3 0

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical	RCCP	X Monitoreo
Aspiración	Hemostasia	Liquidos I.V.
Oxigenación	Inmovilizacion MsSs	X Asepsia
Intubacion	Inmovilizacion MsIs	Otro:
Ventilación	Inmovilizacion Total	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Dolor en pierna y rodilla izquierda.

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega — Vivo — X Muerto

Firma del Paciente

T.P. 107 Andres Obando B. Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. SST 533-2017

Tipo unidad — TAM — TAB X

OBSERVACIONES: HFU906

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Brayan Ortiz

Nombre Conductor: Cristian Peralta

NO

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FECHA 13/04/15 HORA 19:50

NOMBRE Jaime Enrique Bautista

IDENTIFICACION 7703695

DIRECCIÓN cl 13Bis N2-64 Caguan TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3222472915

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

Tipo Moto Marca AKT Placa JMN 32E

Poliza No. 1350457-2 Aseguradora Previsora

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba como conductor de moto que colisiona con un carro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Carro.

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

cc 7703695

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

cc

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jaime E Bedoya No. Documento de Identidad 7703695

Edad 45 Sexo M Dirección Domicilio cl 13 bis # 2-64 Ciudad Neiva Teléfono 3222473291

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jaime E. Bedoya No. Documento de Identidad 7703695

Edad 45 Sexo M Dirección Domicilio cl 13 bis # 2-64 Ciudad Neiva Teléfono 3222473291

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa JMU32E Vehiculo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 3000409263000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 13-04-18 Hora 19:50

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Cra 11 con cl 21 Sur

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo iba como conductor de la moto de placas JMU32E cuando soy chocado por un carro en un accidente

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jaime E. Bedoya identificado con c.c. 7703695 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 13-04-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima Nombre 7703695	Huella	Firma Acompañante Nombre	Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7703695
NOMBRES	JAIME ENRIQUE
APELLIDOS	BAUTISTA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A."	CONTRIBUTIVO	04/04/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/21/2021 09:55:10	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

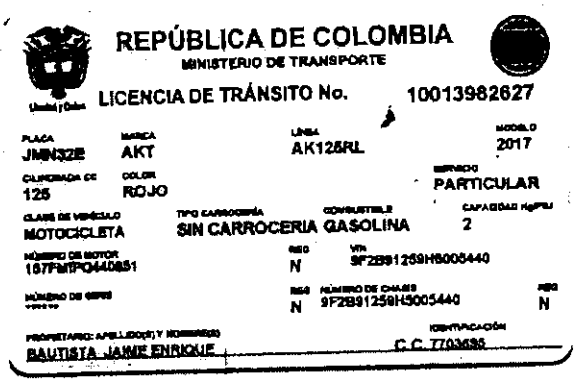
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen 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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

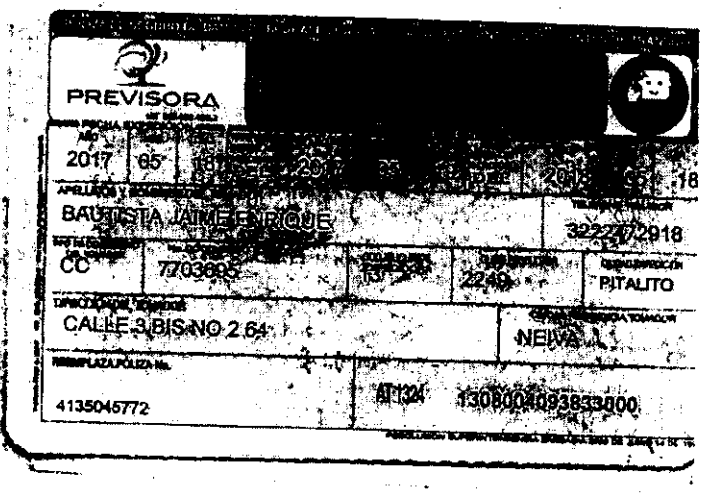
IMPRIMIR CERRAR VENTANA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013982627

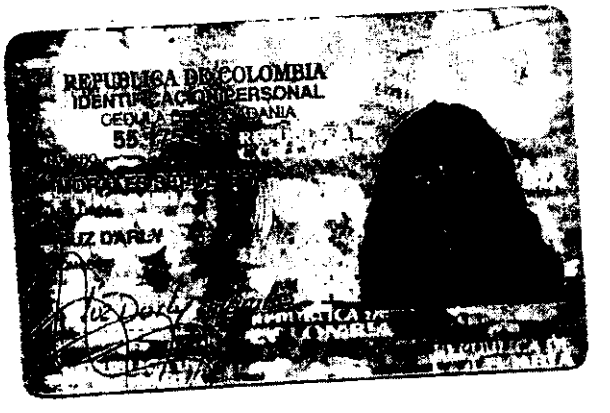
PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
JMN32E	AKT	AK125RL	2017

CILINDRADA CC: 125 | COLOR: ROJO | SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA | TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA | COMBUSTIBLE: GASOLINA | CAPACIDAD Kg/PAS: 2
NÚMERO DE MOTOR: 157FMIPO440851 | REG N | VIN 9F2B91259H5005440
NÚMERO DE SERIE | REG N | NÚMERO DE CHASIS 9F2B91259H5005440 | REG N
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: BAUTISTA JAIME ENRIQUE | IDENTIFICACIÓN: C.C. 7703695

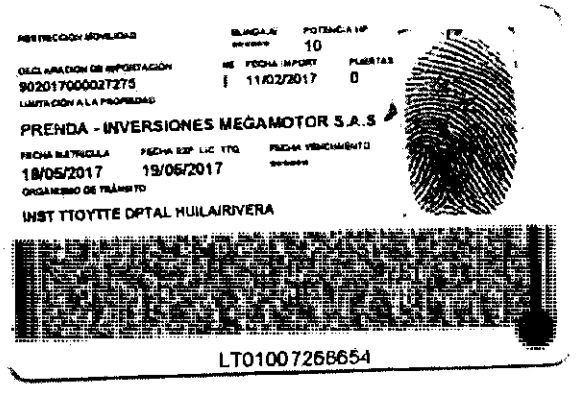


PREVISORA
2017 05 [redacted] 2017 05 18
BAUTISTA JAIME ENRIQUE
CC 7703695 2240 PITALITO
CALLE 3 BIS NO 2 64 NEIVA
4135045772 AT124 13080040938330000

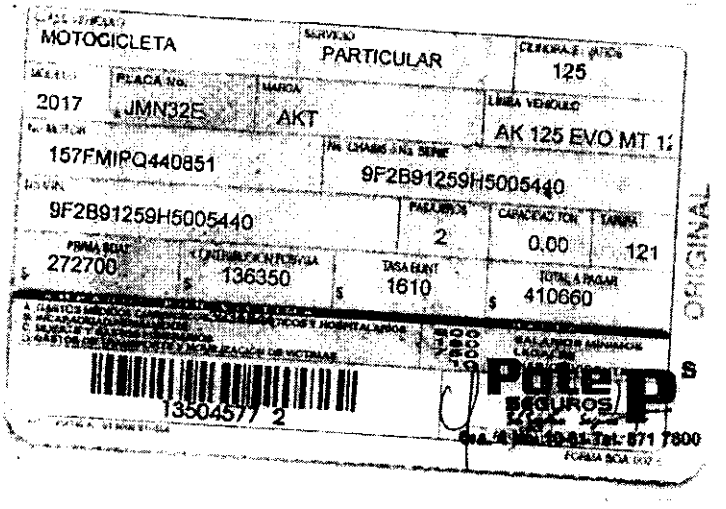




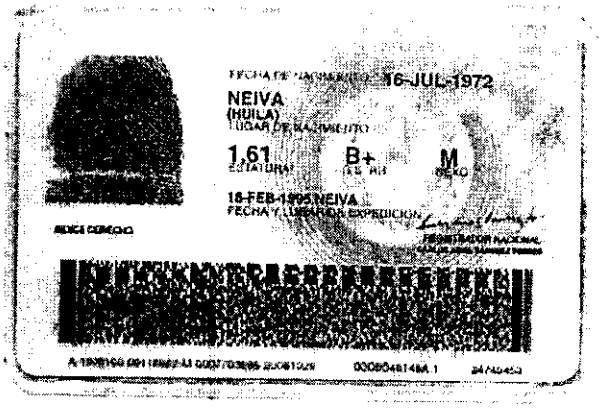
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA
55
UZ DARLY



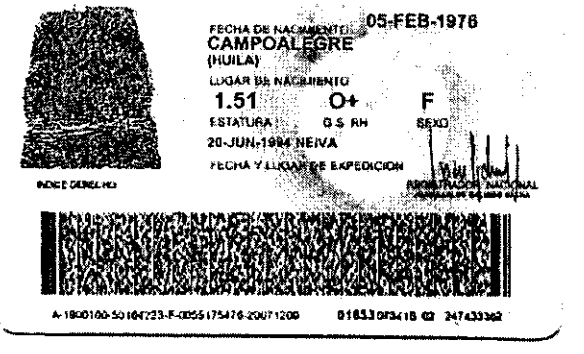
RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE 10
POTENCIA HP
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902017000027275
FECHA IMPORT 11/02/2017
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - INVERSIONES MEGAMOTOR S.A.S
FECHA MATRICULA 19/05/2017
FECHA EXP LIC TTO 19/06/2017
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT01007268654



MOTOCICLETA
SERVICIO PARTICULAR
CILINDRAJE 125
MODELO 2017
PLACA No. JMN32E
MARCA AKT
LINEA VEHICULO AK 125 EVO MT 1
No. CHASIS 157FMIPQ440851
No. SERIE 9F2B91259H5005440
MOTOR 9F2B91259H5005440
PASAJEROS 2
CAPACIDAD TON
TARIFA 121
PRIMA SEGUR $ 272700
CONTRIBUCION FONAVIA $ 136350
TASA RUNT $ 1610
TOTAL A PAGAR $ 410660
ORIGINAL
13504577 2
Pote P SEGUROS



16-JUL-1972
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
B+ G.S RH
M SEXO
18-FEB-1995 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO



05-FEB-1976
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
O+ G.S RH
F SEXO
20-JUN-1994 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1900160-50167223-F-0055175476-20071209 0163300341B 02 24743382

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7703695 ADMISION N_: 47335

NOMBRE: BAUTISTA JAIME ENRIQUE **EDAD:** 45 A **F. NACI:** 72.07.16 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 3 BIS NO 2 64 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3222472918 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/04/2018 20:44

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DEL AMOTO DE PLACAS KMN32E CUANDO COLSIONA CON UN CARRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO, CAUSANDOLE POLITRAUMATISMOS, AL PARECER SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, RECUERDA LOS HECHOS

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.04.13-20:46:41>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47335

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

}

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 114/74 **FC:** 78 **FR:** 18 **T:** 36 **SO2:** 99 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR A LA MOVILIDAD DE LA RODILLA IZQ, Perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7703695 ADMISION N_: 47335

NOMBRE:BAUTISTA JAIME ENRIQUE **EDAD**: 45 A **F. NACI**:72.07.16 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 3 BIS NO 2 64 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3222472918 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 13/04/2018 20:44

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S800 TRAUMA DE LA RODILLA IZQ

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

L--><<18.04.13-20:46:44>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47335

*** PLAN ***

ANALGESIA Y TOMA DE RX

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 1 DAR VIA ORAL

-ADMINISTRAR ANALGESIA INDICADA
-PASAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMAGENES
-REVALORAR CON RESULTADOS

--><<18.04.13-21:11:38>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47335

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX RODILLA IZQ NORMAL

--><<18.04.13-21:11:49>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47335

*** EVOLUCION ***

ANALISIS-EGRESO
PACIENTE REVALORADO, EN EL MOMENTO ESTABLE, NO DISNEA, NO COMPROMISO HEMODINAMICO NI NEUROLOGICO CENTRAL, EXTREMIDADES MOVILES, DEAMBULA SOLO, RX TOMADAS SIN ALTERACIONES OSTEOARTICULARES AGUDAS, POR LO CUAL SE INDICA EGRESO CON TTO MEDICO AMBULATORIO, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

--><<18.04.13-21:12:12>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47335

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7703695 ADMISION N : 47335

NOMBRE: BAUTISTA JAIME ENRIQUE **EDAD:** 45 A **F. NACI:** 72.07.16 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 3 BIS NO 2 64 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3222472918 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/04/2018 20:44

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 2 TABLETAS CADA 8 HORAS

--->><<18.04.13-21:13:17>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47335
*** PLAN ***

** OTROS:

RECOMENDACIONES GENERALES-----APLICAR HIELO LOCAL POR 10 MINUTOS CADA 8 HORAS EN AREAS DOLOROSAS-- CONTROL ABIERTO POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA

** OTROS:

SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS:--- DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON ANALGESICOS--- LIMITACION FUNCIONAL IMPORTANTE

--->><<18.04.13-21:13:33>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47335
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.04.13-21:13:20 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 TRAUMA DE LA RODILLA IZQ

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.04.13 **HORA:** 21:13:2
ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 2 DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7703695 ADMISION N : 47335

NOMBRE:BAUTISTA JAIME ENRIQUE EDAD: 45 A F. NACI:72.07.16 SEXO:M ESTRATO:1 EC:S

DIRECCION: CLL 3 BIS NO 2 64 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3222472918 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 13/04/2018 20:44



FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10934

ENTIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.	EVENTO	1-10625	NEIVA, 8-Jun-2018		10:56:43
DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.07.08	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: OBANDO CACHAYA YONIER NEY			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: OBANDO CACHAYA YONIER NEYITH

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076320362	OBANDO CACHAYA YONIER NEYITH	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: OBANDO CACHAYA YONIER NEYITH**	**AT1324139992848**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
19 JUN 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

FRANCISCO [illegible] ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | 15071 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N.I. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Vehiculo Placa No. HFV 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075320352	YONIER	NEYTH	OBANDO	CACHAYA
2						
3						
4						

Tipo de evento que susc ta la movilización Accidente de transito Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cll 21 Cra 5A Huila Zona U R

Departamento Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 23 02 2018 A las 15:46 H

Nombre IPS que atendió la victima clinica Fracturas ortopedia

NIT 800116181-9 Código de habilitación 4106100466 01

Dirección Cll 18 #6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

Angelo Tovar
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Dr. Angelo Tovar
Médico Cirujano
C.C. 7726132 - R.M. 358
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC: 7726-32
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Saludlaser S.A.S.
NIT. 900 [illegible]

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE
FRANCISCO AMADOR ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

405

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

14979

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	02	23

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: OPF 12E

No. DE POLIZA: 13241399928455

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Gustavo Camilo Peña Losada C.C. 1075253271 DE Neiva Huila

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cll 21 Cra 5A HASTA: Clinica Fracturas ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: 15+26 Sevilla

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFC 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR YONIER NEYITH ORDOÑEZ CACHAYA IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075320352 DE Neiva Huila

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL: SALUDLASER S.A.S

CON NIT: 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlaser S.A.S.

29158

FECHA

PRIORIDAD
R CR N V B

1er apellido

FECHA NACTO

EDAD

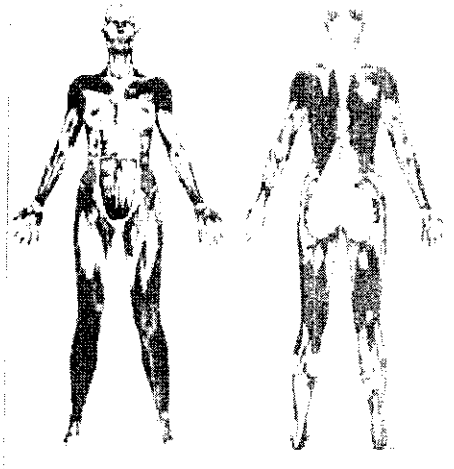
RESIDENCIA ACTUAL

DIRECCION DE ATENCION

CAUSA QUE ORIGINA TRAUMATISMO

DATOS DE LA ESCENA

EXAMEN CLINICO TA



PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Collar Cervical
Aspiración
Oxigenoterapia
Inmovilización
Ventilación

OBSERVACIONES

Nombre del Medico

Dr. Angelo Tovar
Médico Cirujano
026132 - R.M. 25[illegible]

TOTAL /15

TAM
TAS

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6-46 - TELS: 8252231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA: 23-01-18 HORA: 1546

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Yomer Nayith Obando Cabrera

IDENTIFICACION: 1075320352 cll 57 # 16-59.

DIRECCIÓN: cll 21 con 10ª TELEFONO FIJO:

TELÉFONO CELULAR: 3144194827

CONDICION DEL PACIENTE: CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo: Moto Marca: Suzuki Placa: OFF 12E

Poliza No.: 1324139949844 5 Aseguradora: previsora

3. INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Conductor de moto el cual colisiono con un carro particular.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: carro de placa. CMZ 034 el cual reversa con la motocicleta.

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las companias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Yomer Obando

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075320352.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

PREVISORA

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	154

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OPF12E	SUZUKI	GIXXER

No.MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
BGA1365019	9FSNG4BD7JC109065

No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9FSNG4BD7JC109065	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	IVA SOAT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 | MES 02 | DÍA 05

VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS: AÑO 2017 | MES 07 | DÍA 26

VIGENCIA HASTA LAS 24 HORAS: AÑO 2018 | MES 07 | DÍA 25

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: OBANDO CACHAYA YONIER NEYITH

TELEFONO TOMADOR: 3144194879

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTO	CIUDAD EXPEDICIÓN
TI	99081008180	13	2003	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 37 16 59

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 1308004102769000

AT 1324

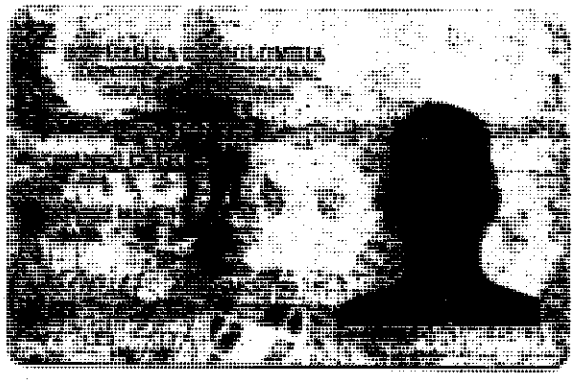
1308004102769001

4139892845

13999284 5

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5





REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014530665

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OPF12E	SUZUKI	GIXXER	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
154	AZUL	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
BGA1-365019	N	9FSNG4BD7JC109065

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
	N	9FSNG4BD7JC109065	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES — IDENTIFICACIÓN

OBANDO CACHAYA YONIER NEYITH — T.I. 99081008180

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Yonier N. Obando No. Documento de Identidad 1075320352

Edad 18 Sexo M Dirección Domicilio M37 # 16-59 Ciudad Neiva Teléfono 3144194807

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Yonier N. Obando No. Documento de Identidad 1075320352

Edad 18 Sexo M Dirección Domicilio M37 # 16-59 Ciudad Neiva Teléfono 3144194807

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Suzuki Placa OPP12E Vehículo Hola

Aseguradora Previsora Póliza No. 3000041027699001

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 23-02-18 Hora 15426

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Cll 21 Con cra 5A

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo iba con cuidado de la moto de placas OPP12E cuando soy colisionado por un carro y caigo accidental-

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Yonier N. Obando identificado con c.c. 1075320352 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 23-02-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Yonier Obando	Huella		Huella
Firma Victima		Firma Acompañante	
Nombre 1075320352		Nombre	

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EPICRISIS

1075320352 - 17206

FECHA EMISION: 18.05.25
HORA: 07:47:01

ACIENTE: OBANDO CACHAYA YONIER NEYITH

)C.IDENT: CC 1075320352 SEXO: MASCULINO DIRECCION: CLL 37 NO 16 59
:HA.NACTO: 99.08.10 EDAD: 18 A CIUDAD: NEIVA TEL: 3144194879
:T.CIVIL: UNION LIBRE RH: A+

:RVICID DE INGRESO3-URGENCIAS FECHA DE INGRESO: 18.02.23 HORA DE INGRESO: 15:46
:RVICIO DE EGRESO: - FECHA DE EGRESO: . . HORA DE EGRESO:
ITIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.

IAGNOSTICOS DE INGRESO
ONFIRMADO: T141 - ABRASIONES

:CHA: 18.02.23-15:57:46 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

**** MOTIVO DE LA CONSULTA *****
?ACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OPF12E CUANDO COLSIONA CON UN CARRO Y CAE

**** ENFERMEDAD ACTUAL *****
NGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO CON MULTIPLES \BRASIONES

**** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA *****
' Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 120/72 FC: 72 FR: 18 TEMP: 36.5 PESO: 72 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

:<CABEZA>>
Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.
:<CUELLO>>
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.
:<TORAX>>
Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados. ABRASION EN REGION PÉCTORAL IZQUIERDA
:<ABDOMEN>>
Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)
:<GENITOURINARIO>>
No verificado
:<PELVIS>>
Estable, no dolorosa a la palpacion.
:<DORSO / EXTREMIDADES>>
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASION EN RODILLA IZUQIERDA,
:<NEUROLOGICO>>
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)
:<PIEL>>
De aspecto normal.
:<FANERAS>>
De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ECHA: 18.02.23-15:57:48 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
NALGESIA
URACION
ICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 IM AHORA
URACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION

ECHA: 18.02.23-16:06:28 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. APC - ANGELA PATRICIA CELADA ARTUN - C.C. 1082803182 EG. MEDICO: - AUX DE ENFERMERIA)

> DE LA EVOLUCION

** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, NDICACIONES TERAPEUTICAS) ***
ALA: 10 - SALA DE CURACIONES
ORA INICIAL/FINAL: 15:59 / 16:03 DURACION: 00:04

ROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: ANGELA PATRICIA CELADA ARTUN

** DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

OR ORDEN MEDICA Y CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE PASA A SALA DE CURACIONES Y SE REALIZA CURACION DE ABRASIONES EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA Y EN TORAX LAS CUALES SE OBSERVAN SUCIAS CON ISDODINES ESPUMA 10CC + ISODINES OLUCION 10CC SE LAVA CON SSN 300CC, SE DEJAN DESCUBIERTA LIMPIAS, TERMINANDO SIN COMPLICACION.

ECHA: 18.02.23-16:16:32 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
BUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

> DE LA EVOLUCION

** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, NDICACIONES TERAPEUTICAS) ***
ACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, EMODINAMCIAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON REOCMENDACIONES GENERALES,

ECHA: 18.02.23-16:18:20 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.02.23-16:17:53 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CUATRO (4) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO	TIPO	GRADO
CONFIRMADO: T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C 7 726 132 R.M 358

Registro Medico:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR:. Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10948

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10639	NEIVA, 8-Jun-2018		11:26:36
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.07.08	
CONTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**		
001	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: SANCHEZ TRUJILLO DENIRY J		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: SANCHEZ TRUJILLO DENIRY JOHANNA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075241996	SANCHEZ TRUJILLO DENIRY JOHANNA	.Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: SANCHEZ TRUJILLO DENIRY JOHANNA**	at1324139866790	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
19 JUN 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldiaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega [- | | | | | | | -] 15433 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento [C.C.] [C.E.] [P.A.] [T.I.] [NIT] Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No. HFU 906 Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [C.C.] [C.E.] [P.A.] [T.I.] [R.C.] [A.S.] [M.S]

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C	1075241196	DENNY	JOHANNA	SANCHEZ	TRUJILLO
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección CR 2 CON CL 74 Zona [X] [R]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio da Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 3 M M A A A A Alas H H M M

Nombre IPS que atendió la victima CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT 800 110 181 - 9 Código de habilitación 4 100 100 466 01

Dirección CR 18 A 6 - 65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC 7476132

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

416

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15491

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 03

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO K S U 5 0 D

No. DE POLIZA 1 3 2 4 1 3 9 8 6 6 7 9 0

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Hanold Mauricio Quesada Niño C.C. 1075250395 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cr 2 con cll 24 HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia

15:35

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU - 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Deiny Jollanna Sanchez Trujillo IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075241996 DE NEIVA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

FECHA 03 04 18 | HORA DESPACHO 15+35 | HORA LLEGADA 15+40 | HORA SALIDA 16+02 | HORA ENTREGA 16+07 | PRIORIDAD R X N V B

Sanchez (1er apellido) Trujillo (2do apellido) | Nombres: Derry Johanna | No. HISTORIA CLINICA

FECHA NA/TO | SEXO M [ ] F [X] | C.C [X] T.I. [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] PAS. [ ] | NUMERO 1075241996 | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Direccion: Cr 7 # 86A-27 Barrio: [illegible] | Departamento: Huila Pais: Colombia Municipio: Neiva Telefono: 3138193642

DIRECCION DE ATENCION: Cyz con C174 | Residencia [ ] Via publica [X] Comercio [ ] | Trabajo [ ] Otros [ ] Cual: [ ] | ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora | POLIZA No 13986679-0 | Placa: KSU 50D | EPS-C militar [ ] EPS-S [ ] | Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: [X] Accidente Transito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Comun | [ ] Terrorismo [ ] Lesion por agresion [ ] Enfermedad General | [ ] Catastrofe [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Pte fementa Alergias: NO

fracturo de motocicleta que Medicamentos: NO
caerzona con un carro.

Antecedentes Patalogicos: NO

Ultimo Alimento: horas Embarazo X

Cirugias:

EXAMEN FISICO TA: 110/70 FC: 80 FR: 16 T:

NEUROLOGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M: 6 Ordenes 4 Retira 2 Extension
5 Localiza 3 Flexion anormal 1 No hay

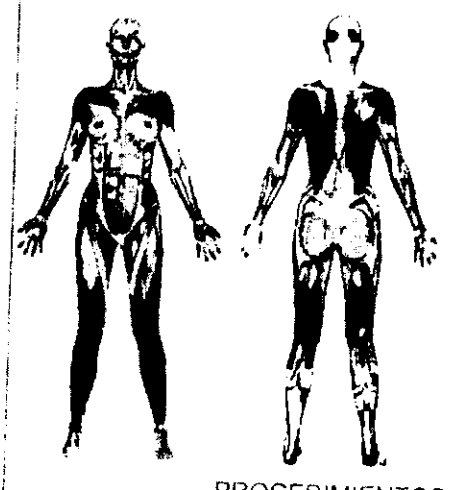
R.V: 5 Orientada 3 Inapropiada 1 No hay
4 Confusa 2 Incomprensible

A.O: 4 Espontanea 2 Al dolor
3 Al llamado 1 No hay

TOTAL 15 /15

REVISED TRAUMA SCORE 12

Resp ataria	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

- [ ] Collar Cervical
- [ ] Aspiracion
- [ ] Oxigenacion
- [ ] Intubacion
- [ ] Ventilacion
- [ ] RCCP
- [ ] Hemostasia
- [ ] Inmovilizacion MsSs
- [ ] Inmovilizacion Msls
- [ ] Inmovilizacion Total
- [X] Monitoreo
- [ ] Liquidos I.V.
- [X] Asepsia
- [ ] Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA: Tx de rodilla derecha y Izquierda.

Dr. Angelo Tovar Medico Cirujano [illegible] R.M.

Traslado a:

Recibido por: Angelo Tovar

Se entrega Vivo [X] Muerto [ ]

Firma del Paciente

OBSERVACIONES: HFU 906

Tipo unidad: AM [ ] TAB [X]

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Alexander Florez

Nombre Conductor: Harold Quesada

8

Soludaser

SALUDLASER SAS

NIT. 900.324.272-2

CRA 6 # 46 - TEL: 8752231

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA: 03-04-18 HORA: 15:35

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Deiry Johana Sanchez Trujillo

IDENTIFICACION: 1075241996

DIRECCION: 617 # 86A-27 TELEFONO FIJO:

TELEFONO CELULAR: 3138193642

CONDICION DEL PACIENTE: CONDUCTOR: X PEATON: OCUPANTE:

2. DATOS DEL VEHICULO

TIPO: moto MARCA: Kymco PLACA: KSU 50D

PLANILLA: 13986679-0 ASEGURADORA: Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Pte femenina conductora de motocicleta que colisiona con un carro, el cual se fuga del sitio del accidente

INFORMACION DE OBJETOS AFECTADOS O IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realicé ningún tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C.

X

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075241996
NOMBRES	DENIRY JOHANNA
APELLIDOS	SANCHEZ TRUJILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAFESALUD E.P.S. S.A. -CM	SUBSIDIADO	05/08/2009	06/07/2017	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/21/2021 10:04:58	Estación de origen:	190.144.66.174

Observaciones
Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrado, presentan a la fecha inconsistencia con una entidad del Regimen de Excepcion o Especial, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente tiene su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondiente.

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	
2017	12	27		2017	12	28		2018	12	27	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: SANCHEZ TRUJILLO DENIRY JOHANNA — TELÉFONO TOMADOR: 3138193642

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	DÍGITO VERIFICACIÓN	No. PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	1075241996	13	1257	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 7 NO 86 A 27 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4139866790 — AT1324 — 1308004133524000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	107

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2015	KSU50D	KYMCO	UNI-K 110

No. MOTOR: KB222063699 — No. CHASIS ó No. SERIE: 9FLE10001FCH21231

No VIN: 9FLE10001FCH21231 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

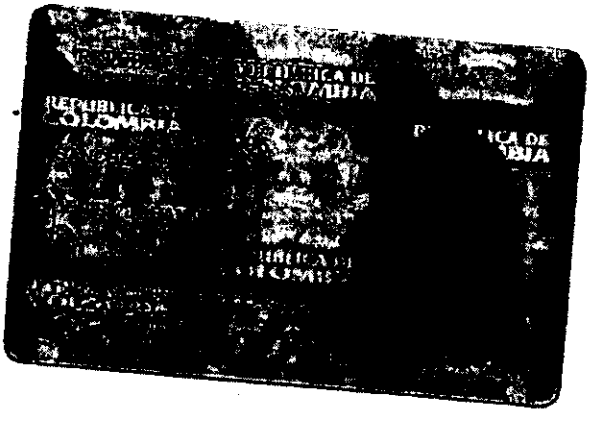
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
272700	$ 136350	$ 1600	$ 410850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SMLDV
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 250 SMLDV
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 250 SMLDV
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS — 10 SMLDV

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS

13986679 0

LLAME GRATIS AL 1° [illegible] — FORMA SOA-002-5



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10008061706

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KSU50D	KYMCO	UNI-K 110	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
107	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: KB222063699 — REG: N — VIN: 9FLE10001FCH21231

NÚMERO DE SERIE: 9FLE10001FCH21231 — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: 9FLE10001FCH21231 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: SANCHEZ TRUJILLO DENIRY JOHANNA — IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075241996

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Denny sanchez Trujillo No. Documento de Identidad 1075241996

Edad 28 Sexo F Dirección Domicilio Cr 7 #86A-24 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3138193642

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Denny sanchez Trujillo No. Documento de Identidad 1075241996

Edad 28 Sexo F Dirección Domicilio Cr 7 # 86A-24 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3138193642

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca KYMCO Placa KSU50D Vehiculo MOTO

Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004133524000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 03-09-18 Hora 15 + 35

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Y Ocupante Peatón	Cr 2 con Cl 79

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Denny en calidad de conductora de la moto de placas KSU50D que al colisionar con un carro perdemos el control y caemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Denny Sanchez Trujillo identificado con c.c. 1075241996 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 03-04-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Denny J. Sanchez T

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

EPICRISIS

1075241996 - 18065

FECHA EMISION: 18.05.25
HORA: 07:48:07

ACIENTE: SANCHEZ TRUJILLO DENIRY JOHANNA

)C.IDENT:	CC 1075241996	SEXO:	FEMENINO	DIRECCION:	CR 7 NO 86A 27		
:HA.NACTO:	89.10.31	EDAD:	28 A	CIUDAD:	NEIVA	TEL:	3138193642
:T.CIVIL:	UNION.LIBRE	RH:	O+				

:RVICIO DE INGRESO3-URGENCIAS	FECHA DE INGRESO: 18.04.03	HORA DE INGRESO: 16:07
:RVICIO DE EGRESO: -	FECHA DE EGRESO: . .	HORA DE EGRESO:
ITIDAD RESPONSABLE: AT1324 - LA PREVISORA S.A.		

IAGNOSTICOS DE INGRESO
ONFIRMADO: S098 - TRAUMA FACIAL
ELACIONADO1: S800 - TRAUMA EN RODILLAS
ELACIONADO2: T141 - ABRASIONES

:CHA: 18.04.03-16:17:53 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

**** MOTIVO DE LA CONSULTA ****
?ACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO DE PLACAS KSU50D QUER AL COLISINAR CON UN CARRO PIERDE EL CONTROL Y :AE SUFRIENDO LESIIONES

**** ENFERMEDAD ACTUAL ****
NGRESA PACIENTE TRASLADADA EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN CARA

**** HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMA ****
' Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

TA: 122/75 FC: 88 FR: 18 SATO2: 98 ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA
GLASGOW: 6 - 5 - 4 / 15 ESTADO DE EMBRIAGUEZ: N

:<CABEZA>>
)OLOR A LA PALPACION DE HEMICARA IZQUIERDA, EDEMA EN POMULO IZQUIERDO, ABRASION Y EDEMA EN LABIO SUPERIOR,
:<CUELLO>>
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.
:<TORAX>>
Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.
:<ABDOMEN>>
Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)
:<GENITOURINARIO>>
No verificado
:<PELVIS>>
Estable, no dolorosa a la palpacion.
:<DORSO / EXTREMIDADES>>
)OLOR A LA PALPACION Y ABRASION EN ACRA ANTERIOR DE LA RODILLA DERECHA, DOLOR A LA PALAPACION DE RODILLA IZQUIERDA
:<NEUROLOGICO>>
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)
:<PIEL>>
De aspecto normal.
:<FANERAS>>
De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

ECHA: 18.04.03-16:17:56 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - EDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

** SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS ***
TAC DE CARA
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***
ANALGESIA
CURACION
TRAMADOL CLOR X 50 MG/1MLFARMIONI CANT: 2 100 MG SC AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

ECHA: 18.04.03-16:39:02 // AREA: DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS // (AUXIL. CLO - CARMEN LIGIA OLAYA - C.C. 0 - REG. MEDICO: - AUX E ENFERMERIA)

> DE LA EVOLUCION

** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, NDICACIONES TERAPEUTICAS) ***
ALA: 10 - SALA DE CURACIONES
ORA INICIAL/FINAL: 16:17 / 16:20 DURACION: 00:02

ROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ERECHOS DE SALA PARA CURACIONES VIA: QUIEN REALIZA: CARMEN LIGIA OLAYA

* DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ***

AJO ORDENES MEDICAS Y EN SALAS DE CURACION , SE REALIZA CURACION EN ESCORIACIONES CON 10 CC DE ISODINES SPUMA +500CC DE SOLUCION SALINA + SE DEJA ESCORIACIONES LIMPIAS CON TOQUES DE MERCURIO CROMO , FINALIZA ROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION ALGUNA.

HA: 18.04.03-18:04:17 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - DICINA GENERAL)

DE LA EVOLUCION

DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, DICACIONES TERAPEUTICAS) ***
C DE CARA SE OBSERVA NORMAL
DE RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA NORMAL
DE RODILLA DERECHA SE OBSERVA NORMAL

HA: 18.04.03-18:05:46 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - DICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO ***

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 TELS: 8756349-8753436

** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LOCAL EN HEMICARA IZQUIERDA POR 3 DIAS
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR CUERVO

ACETAMINOFEN 500 MG CANT. 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

=> DE LA EVOLUCION
**** DESCRIPCION DE LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE (DESCRIPCION DE COMPLICACIONES, RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS, INDICACIONES TERAPEUTICAS) *****
PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENUCENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

FECHA: 18.04.03-18:06:00 // AREA: HISTORIA DE URGENCIAS // (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

>> DEL INGRESO

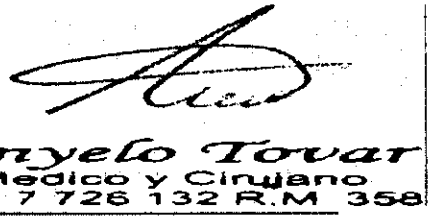
**** PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO *****

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.04.03-18:05:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

DIAGNOSTICOS AL EGRESO		TIPO	GRADO
CONFIRMADO:	S098 - OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA, ESPECIFICADOS		
RELACIONADO 1:	S800 - CONTUSION DE LA RODILLA		
RELACIONADO 2:	T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO		

CON EL PRESENTE DOCUMENTO CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS, SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO



Registro Medico:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10952

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-10643	NEIVA, 8-Jun-2018	11:44:05
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 6711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.07.08	

CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: GUZMAN JORGE ENRIQUE

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: GUZMAN JORGE ENRIQUE

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
14990578	GUZMAN JORGE ENRIQUE	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: GUZMAN JORGE ENRIQUE**	a1324137877090	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
19 JUN 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.********** **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega D D M M A A A A — 16001 — No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG — RG

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural [illegible])

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. C.E. P.A. T.I. NIT — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica [X] — Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No.: MVV 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRANSPORTADAS

Tipo de Documento permitido: CC. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1144035588	JORGE	GABRIEL	GUZMAN	
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] — Evento Catastrofico [ ] — Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CLL 56 B 17-C-05 — Zona U [X] R [ ]

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 2 9 M M 2 0 A 0 — A las H H M M

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Nuestros Especialistas

NIT: 800110181-9 — Código de habilitación: 410001004661

Dirección: CLL 18 # 6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756349

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRASPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16012

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	04	24

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: OPS85F

No. DE POLIZA: 13241375770.90

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Gustavo Camilo Peña Losada C.C. 1075253271 DE Neiva Huila

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cll 56 B 17 - C - 05 HASTA: Clinica Floresta Especial

TIPO DE TRANSPORTE: 08102

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NNV 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR JORGE ENRIQUE GUZMAN IDENTIFICADO CON C.C. No. 14990578 DE Cali

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlosar S.A.S. NIT 900.324.272-2

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 29018

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
24 04 2018	08+02	08+10	08+25	08+36	R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Garzon		Jorge enrique	14990578

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C	PAS.	NUMERO	EDAD
23 05 1947	M X F	T.I.	C.E		14990578	70 años

RESIDENCIA ACTUAL Direccion: cll 9U N 2B-45 Barrio Santa rosa Municipio: neiva
Departamento: huila Pais: colombia Telefono 3152986537

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN cll 56B N 17C-05 Residencia Trabajo ASEGURADORA RESPONSABLE POLIZA No. 1324-13757090 Estudiantil
Via publica X Otros Previsora EPS-C Compamia Prepagada
Comercio Cual Placa: OPS95E EPS S Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- X Accidente Tránsito
- Accidente Laboral
- Accidente Comun
- Terrorismo
- Lesion por agresión
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino conductor de moto que colisiona con carro

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos NO

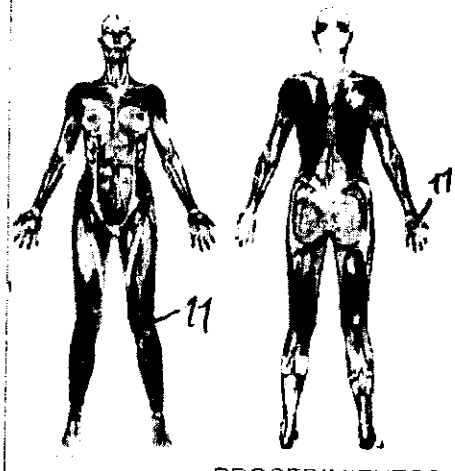
Ultimo Alimento: horas Embarazo a

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO TA: 120/80 FC: 90x' FR: 20x' T: 36°

NEUROLÓGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M.	X Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No hay		
R.V:	X Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	X Espontánea	2 Al dolor	TOTAL 15 /15		
	3 Al llamado	1 No hay	12		



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	X 3	2	1	0	
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	X 3	2	1	0	
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	X 3	2	1	0	

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiracion		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenacion		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: trauma en rodilla izquierda + trauma en mano derecha

Trasiado a clinica de fractura y ortopedia
Recibido por: Angelo Jose [illegible]

Se entrega Vivo X Muerto

Firma del Paciente

Tipo unidad TAM TAB X

OBSERVACIONES NVV195

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Yarcelan Zamora Rios

Nombre Conductor: Cristian peña

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jorge Enrique Gozman No. Documento de Identidad 14990578

Edad 70 Sexo M Dirección Domicilio Cll 80 #28-45 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3152986553

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jorge Enrique Gozman No. Documento de Identidad 14990578

Edad 70 Sexo M Dirección Domicilio Cll 80 # 28-45 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3152986537

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa OPS85D Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004117559000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 24-04-18 Hora 08 to 02

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor V Ocupante Peatón	Cll 36B Frente al #17c-05

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Jorge en calidad de conductor de la moto de placas OPS85D que al colisionar con un carro sufrimos lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jorge Enrique Gozman identificado con c.c. 14990578 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 24-04-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

8

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	14990578
NOMBRES	JORGE ENRIQUE
APELLIDOS	GUZMAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	SUBSIDIADO	21/09/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/21/2021 15:20:24	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

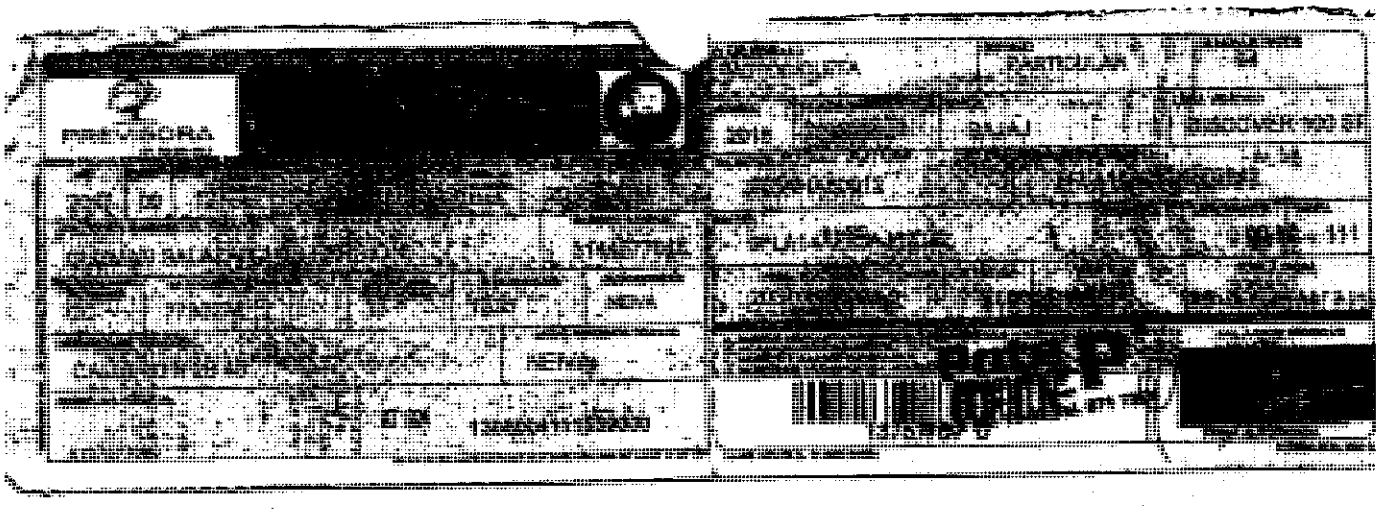
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen 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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

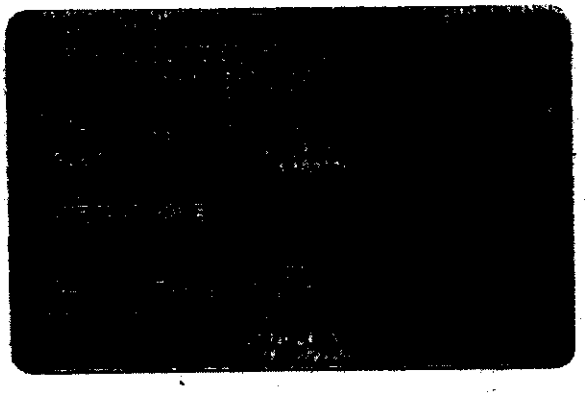
IMPRIMIR CERRAR VENTANA

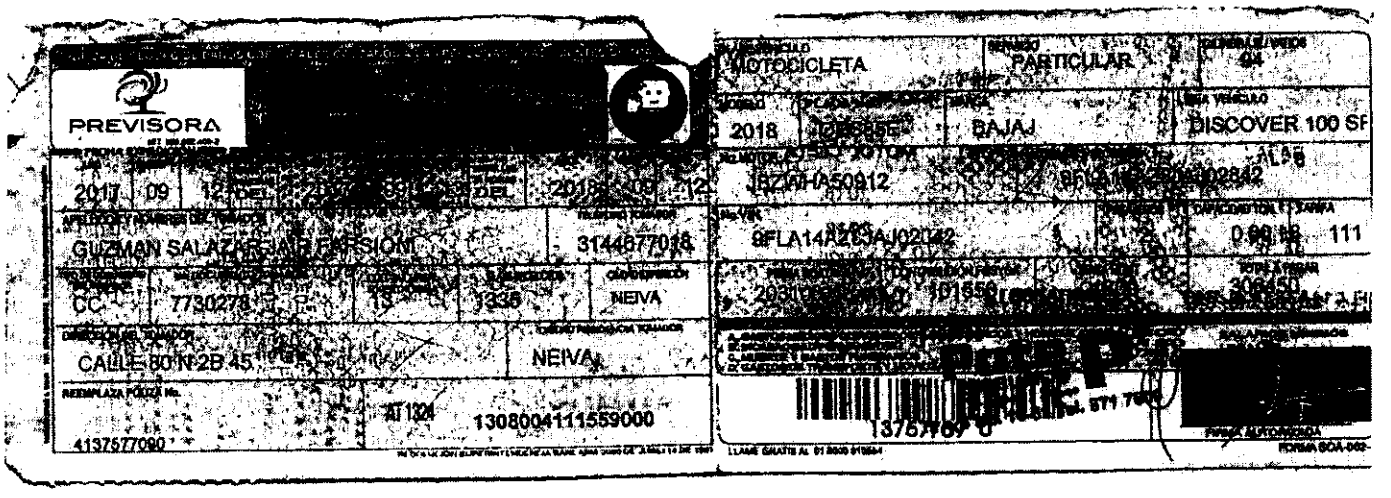


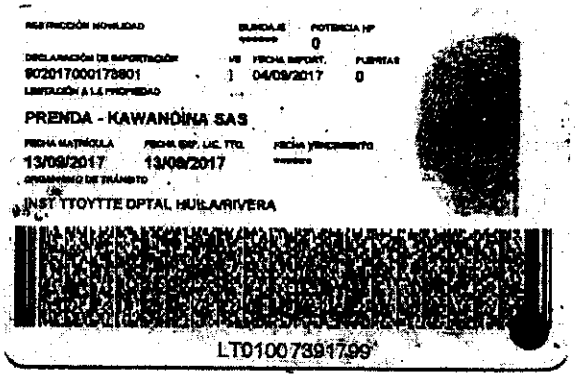
REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

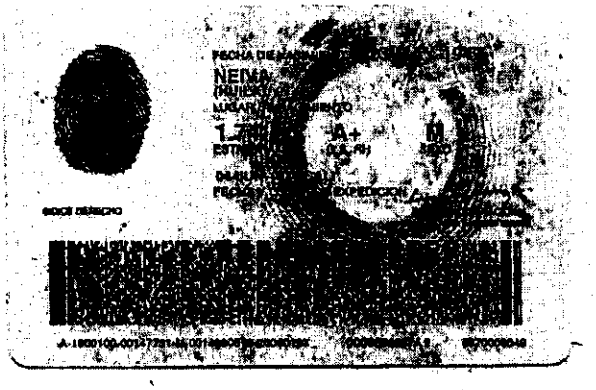
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014657921

PLACA: OPS85E	MARCA: BAJAJ	LÍNEA: DISCOVER 100 SPORT	MODELO: 2018	
CILINDRADA CC: 94	COLOR: ROJO ECLIPSE	SERVICIO: PARTICULAR		
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD PASAJ.: 2	
NÚMERO DE MOTOR: JSZWHA50912	REC: N	VIN: 9FLA14AZ8JAJ02842		
NÚMERO DE SERIE: 9FLA14AZ8JAJ02842	REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9FLA14AZ8JAJ02842	REG: N	
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: GUZMAN SALAZAR JAIR FARSONI		IDENTIFICACIÓN: C.C. 7730278		




PREVISORA
MOTOCICLETA
PARTICULAR
2018
BAJAJ
DISCOVER 100 SF
JBZAH-A50912
8FLA14AZ8JAJ02842
GUZMAN SALAZAR JAIR FARSION
3144877018
CC
7730278
NEIVA
CALLE 80 N 2B 45
NEIVA
4137577090
AT1324
1308004111559000


0
902017000173801
04/09/2017
PRENDA - KAWANDINA SAS
13/09/2017
13/09/2017
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT0100739179


NEIVA
A+

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

24-04-2018 08:02

1. DATOS DEL PACIENTE

Jorge enrique guzman
14 940578
cll 80 N 2B-45

3152986537

X

2. DATOS DEL VEHICULO

motocicleta BAJAJ OPS 85E
13243757704 0 propesora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

paciente masculino conducta de moto que colisiona con un carro sufriendo accidente de transito

Jorge Guzman

PACIENTE O FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 47899

CC 14990578

NOMBRE: GUZMAN JORGE ENRIQUE **EDAD:** 70 A **F. NACI:** 47.05.23 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 80 NO 2B 45 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3152986537 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 24/04/2018 08:27

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OPS85E QUE AL COLISIONAR CON UN CARRO SUFRE LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN MANO DERECHA Y RODILLA IZQUIERDA,

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.04.24-08:30:06>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47899

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 130/75 **FC:** 88 **FR:** 18 **T:** **SO2:** 98 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

DOLOR A LA PALPAICON DE LA MANO DERECHA, EDEMA EN MANO DERECHA, ABRASION EN DORSO D EMUÑECA Y MANO IZQUIERDA, DOLOR A LA PALPAICON D ELA RODILLA IZQUIERDA, ABRASION EN CARA ANTERIOR DE RODILLA Y TERCIO PROXIMAL DE LA PIERNA IZQUIERDA,

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 47899

CC 14990578

NOMBRE:GUZMAN JORGE ENRIQUE **EDAD**: 70 A **F. NACI**:47.05.23 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 80 NO 2B 45 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3152986537 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 24/04/2018 08:27

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S602 TRAUMA EN MANO DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S800 TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.04.24-08:30:09>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47899

*** PLAN ***

ANALGESIA
CURACION

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG IM AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

--->><<18.04.24-09:05:36>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47899

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE MANO DERECHA SE OBSERVA NORMAL
RX DE RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA NORMAL

--->><<18.04.24-09:06:55>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47899

*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 14990578 ADMISION N_: 47899

NOMBRE:GUZMAN JORGE ENRIQUE **EDAD**: 70 A **F. NACI**:47.05.23 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 80 NO 2B 45 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3152986537 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 24/04/2018 08:27

** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LOCAL
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR GARCIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.04.24-09:07:11>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47899
*** PLAN ***

1

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.04.24-09:06:59 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S602 TRAUMA EN MANO DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S800 TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.04.24 **HORA**: 09:06:5

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 3 DIAS

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 10961

ENTIDAD RESPONSABLE			TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400	(AT1324)		EVENTO	1-10852	NEIVA, 6-Jun-2018	12:05:21
LA PREVISORA S.A.						
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773			**FECHA VENCIMIENTO** 2018.07.08	

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	Observaciones:
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: VELASCO ANDRADE NATALIA A

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1003802217	VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA**	st1324141749783	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
19 JUN 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATRDCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT. 900... FRANCISCO ANDRES ROJAS REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL **Aceptada, LA ENTIDAD** **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldoser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.474

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega . . 15017 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [X] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] A.S. [ ] M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	TI	1000380227	Natalia	Andrea	Velasco	Andrade
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cra 6 Av Loma

Zona [X] U [ ] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El dia 22 04 2013 A las 12:45 PM

Nombre IPS que atendió la victima clínica de fracturas ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4100100466O

Dirección CALLE 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Edgar Andres Obando B.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Edgar Andres Obando B.
Auditor Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

665-2012

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser S.A.

NIT. 900324272-2

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZA EL TRANSPORTE

FRANCISCO ANTONIO ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios [ ]

443

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

15930

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 22

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: R U R 7 2 6

No. DE POLIZA: 3 3 2 4 3 4 3 7 4 9 7 5 - 3

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Peralta C.C. 1075251685 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 6 Autonz HASTA: Clinica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 21:18 B: Quirinal

☒ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. HFU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Natalia Mora Velazco Andrade IDENTIFICADO CON C.C. No. 1003807217 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludoser S.A.S. NIT. 900 324 272 2

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA 28998

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
22 Abril 2018	21+28	21+32	21+40	21+45	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombre	
Velazco	Andrade	Natalia Andrea	1003862217

FECHA NACTO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
21 Dic 2000	M ☐ F X	T.I. X	C.E. ☐	☐	1003862217.	

RESIDENCIA ACTUAL Dirección Cll 42 #6w-35 Barrio Acropolis Municipio Neiva
Departamento Huila País colombia Telefono 3157254024

DIRECCION DE ATENCION Cra 6 AV Toma Hospital — Residencia ☐ Trabajo ☐ Vía pública X Otro ☐ Cuál ☐ — ASEGURADORA Previsora POLIZA No 1324141749753 — EPS-C Medimas — EPS-S ☐ — Estudiantil ☐ Prepagada ☐ Vinculado ☐ — Placa: RUR72E

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- X Accidente Transito
- Accidente Laboral
- Accidente Comun
- Terrorismo
- Lesion por agresión
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: paciente femenina menor de edad que iba como Ocupante de moto que es arrollada por un Carro que se fuga del lugar del accidente.

Alergias: Niega

Medicamentos: Niega

Antecedentes Patalógicos: Niega

Ultimo Alimento: horas Embarazo X

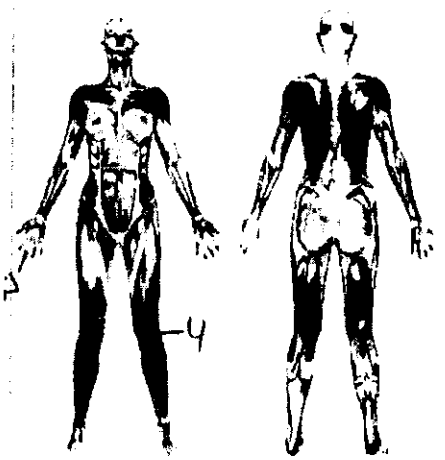
Cirugías: Niega

EXAMEN FISICO: TA 120/80 FC 76 FR 21 T 36.2 NEUROLOGICO PUPILAS D 3 mm I 3 mm

R.M	(6) Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No hay		
R.V:	(5) Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O:	(4) Espontánea	2 Al dolor	TOTAL 15 /15		
	3 Al llamado	1 No hay			

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratoria	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	14-15	9-13	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

☐	Collar Cervical	☐	RCCP	X	Monitoreo
☐	Aspiración	☐	Hemostasia	X	Liquidos I.V
☐	Oxigenación	☐	Inmovilización MsSs	X	Asepsia
☐	Intubación	☐	Inmovilización Msls	☐	Otro
☐	Ventilación	☐	Inmovilización Total	☐	

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Herida en 3er dedo mano derecha + Contusion codilla izquierda

Traslado a: Clinica de Fracturas

Recibido por: Dr Obando

Se entrega Vivo ☐ Muerto ☐ Firma del Paciente

Tipo unidad TAM ☐ TAB X

OBSERVACIONES HFU 906

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar: Elizabeth Tafur

Nombre Conductor: Cristian peralta

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Natalia Velasco Andrade No. Documento de Identidad 1003802217

Edad 17 Sexo M Dirección Domicilio Cl 92 #6W-35 Ciudad Neiva Teléfono 3157254024

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Joan Parra Varela No. Documento de Identidad 1075312909

Edad _____ Sexo M Dirección Domicilio Cl 92 #6W-35 Ciudad Neiva Teléfono 3157254024

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa RUR72E Vehículo moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004159342000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 22-04-18 Hora 21 +28

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante X Peatón ____	Cra 6 Av La toma

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Yaqueln Andrade declaro qe mi hija Natalia velasco iba como Ocupante de la mo-to de Placas RUR72E cuando es arrollada Por un carro Fantasma causandole lesiones

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

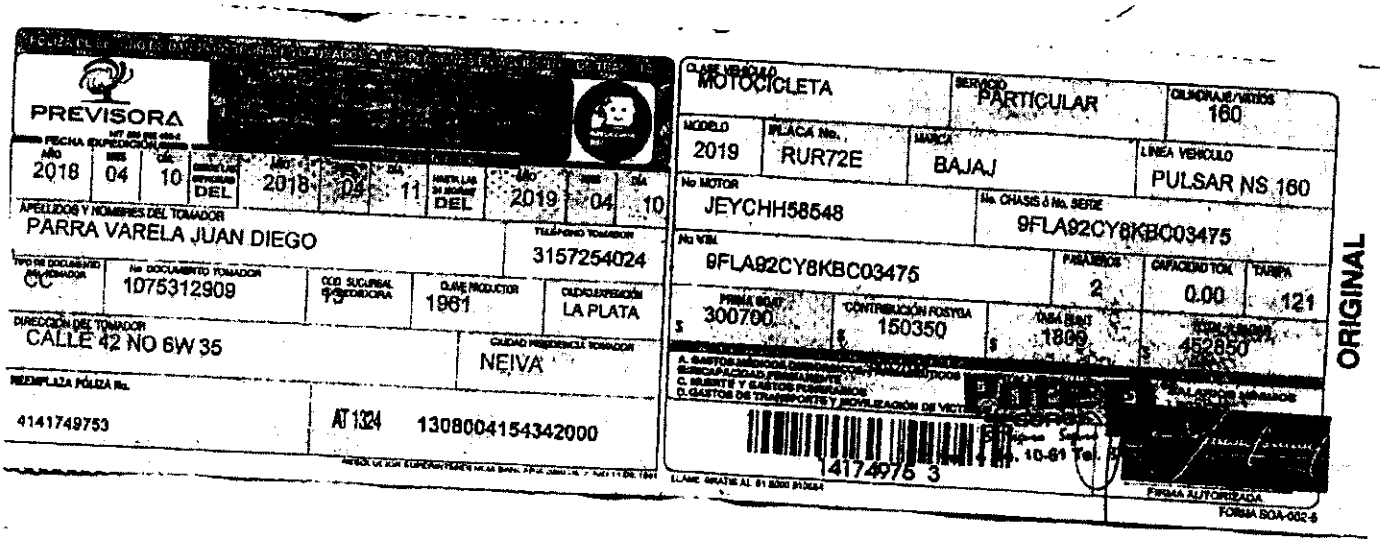
Yo Yaqueline Andrade identificado con c.c. S 51533308 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 22-04-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



PREVISORA

AÑO	MES	DÍA		DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2018	04	10			2018	04	11		2019	04	10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: PARRA VARELA JUAN DIEGO

TELÉFONO TOMADOR: 3157254024

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	1075312909	15	1961	LA PLATA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 42 NO 6W 35

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4141749753

AT 1324 1308004154342000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	OLEOHIDRAULICOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	160

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2019	RUR72E	BAJAJ	PULSAR NS 160

No MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE
JEYCHH58548	9FLA92CY8KBC03475

No VIN: 9FLA92CY8KBC03475

PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SEGUR	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300790	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS, HOSPITALARIOS, ORTOPÉDICOS, ORTOPROTÉSICOS, DE REHABILITACIÓN Y DE INCAPACIDAD PERMANENTE

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

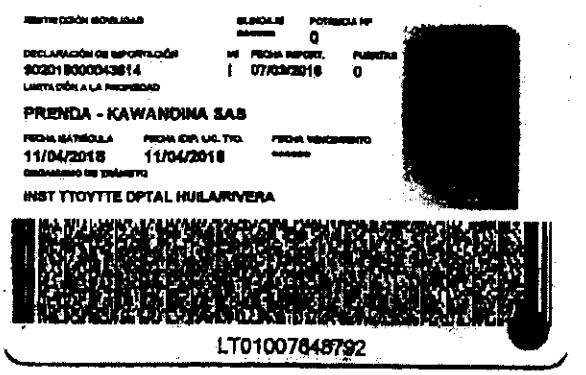
4174975 3

Tel. 10-61

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5

ORIGINAL



MATRÍCULACIÓN HOMOLOGADA: SI/NO/LIS: NO | PORTEZUELA NP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902013000043614 | NI: | FECHA IMPORT.: 07/03/2018 | PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

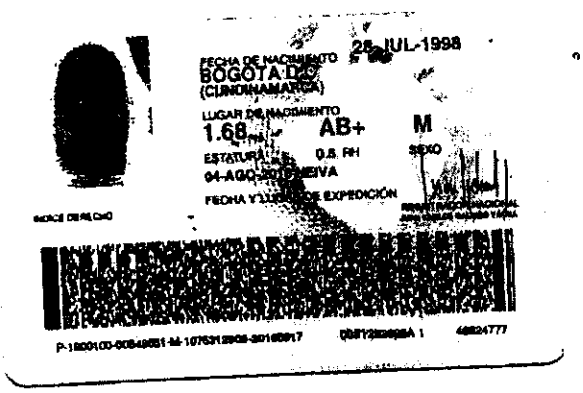
PRENDA - KAWANDINA SAS

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
11/04/2018	11/04/2018	

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007648792



FECHA DE NACIMIENTO: 25-JUL-1998

BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 m | AB+ | M

ESTATURA | G.S. RH | SEXO

04-AGO-2017 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

P-1500100-00548051-M-1075312909-20160917 0087120095A 1 48824777

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2018	04	10	DEL	2018	04	11	DEL	2019	04	10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: PARRA VARELA JUAN DIEGO — TELÉFONO TOMADOR: 3157254024

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	1075312909	13	1961	LA PLATA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 42 NO 6W 35 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4141749753 — AT 1324 — 1308004154342000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	160

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2019	RUR72E	BAJAJ	PULSAR NS 160

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
JEYCHH58548	9FLA92CY8KBC03475

No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FLA92CY8KBC03475	2	0.00	121

PRIMA GMAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 482850

14174975 3

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-022-5

ORIGINAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015886755

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
RUR72E	BAJAJ	PULSAR NS 160	2019

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
160	ROJO ESCARLATA - NEGRO MATE	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JEYCHH58548	N	9FLA92CY8KBC03475

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9FLA92CY8KBC03475	N	9FLA92CY8KBC03475	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: PARRA VARELA JUAN DIEGO — IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075312909



SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR. Calle 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 22 Abril 2018 HORA 21+28

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Natalia Andrea Velazco Andrade

IDENTIFICACION 1003822217

DIRECCIÓN C/142 #6w-35 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3572540224

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [ ] PEATON [ ] OCUPANTE [X]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca BAJAJ Placa ROR 72E

Poliza No. 1411749753 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: paciente femenino, menor de edad que iba como acompañante de moto que es arrollada por un carro que se fuga del lugar del accidente.

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En micondición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT.

Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 47812

TI 1003802217

NOMBRE: VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA **EDAD:** 17 A **F. NACI:** 00.12.21 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 42 # 6W 35 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3157254024 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 22/04/2018 21:50

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS RUR72E CUANDO ES ARROLLADA POR UN CARRO FANTASMA CAUSANDOLE LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO, CAUSANDOLE POLITRAUMATISMOS, AL PARECER SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, RECUERDA LOS HECHOS

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<18.04.22-21:54:25>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) H.U. 47812

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: Niega * FUR: 01/04/2018 NO PLANIFICA

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 118/70 **FC:** 91 **FR:** 20 **T:** 37 **SO2:** 98 **PESO:** 65 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR EN RODILLA IZQ, ABRASIONES EN DEDOS DE LA MANO DER, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1003802217 ADMISION N_: 47812

NOMBRE:VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA EDAD: 17 A F. NACI:00.12.21 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION:CLL 42 # 6W 35 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3157254024 ZONA:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS:SI

OBSERVACION _____ 22/04/2018 21:50

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S800 TRAUMA DE LA RODILLA IZQ

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S600 TRAUMA DE DEDOS DE LA MANO DER

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.04.22-21:54:28>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812

*** PLAN ***

1

ANALGESIA CURACIONES TOMA DE RX

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO DERECHA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 APLICAR IM

-EN SALA DE CURACIONES: REALIZAR CURACION DE ABRASIONES CON TECNICA ASEPTICA.
-ADMINISTRAR ANALGESIA INDICADA
-PASAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMAGENES
-REVALORAR CON RESULTADOS

--->><<18.04.22-22:17:20>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX RODILLA IZQ NORMAL

RX DEDOS DE LA MANO DER NORMAL

--->><<18.04.22-22:18:20>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812

*** EVOLUCION ***

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1003802217 ADMISION N : 47812

NOMBRE:VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA **EDAD**: 17 A **F. NACI**:00.12.21 **SEXO**: F **ESTRATO**: 1 **EC**: U

DIRECCION: CLL 42 # 6W 35 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3157254024 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 22/04/2018 21:50

SE REPORTAN RADIOGRAFIAS, SE REVALORA , SE OBSERVA INESTABILIDAD ARTICULAR , BOSTEZO Y CAJON POSITIVOS, SE SOSPECHA LESION LIGAMENTARIA, NO HEMARTROSIS, NO COMPROMISO NEUROVASCULAR DISTAL, SE INDICA INGRESAR A OBSERVACION PARA MANEJO DEL DOLOR Y SS VALORACION POR ORTOPEDIA

--->><<18.04.22-22:19:47>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOL CLOR X 50 MG/1MLFARMIONI CANT: 3 50 MG IV CADA 8 HORAS
CLORURO DE SODIO 9%X500MLBAXTER CANT: 3 PARA DILUCIONES, PASAR POR BURETROL

-OBSERVACION
-DIETA NORMAL
- TAPON VENOSO
-EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
-SS VALORACION POR ORTOPEDIA
-PROTOCOLO ANTICAIDAS
-CSV AC

--->><<18.04.23-05:43:26>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE :
1.TRAUMA DE LA RODILLA IZQ
2. ESGUINCE DE RODILLA IZQ
3. ABRASIONES
S/REFIERE QUE EL DOLOR ESTA CONTROLADO, NO HA PRESENTADO FIEBRE NI EMESIS, ESTA TOLERANDO LA VIA ORAL
O/ ACEPTABLE ESTADO GENERAL. ALERTA. TRANQUILO
SIGNOS VITALES: TA 120/80 FC 80 x" FR 16 X"
C/P: TORAX SIMETRICO, NO TIRAJES , PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN AGREGADOS, CORAZON RITMICO
ABDOMEN NO DISTENDIDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR
EXTREMIDADES:EDEMA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE LA RODILLA IZQ, SIGNOS DE BOSTEZO + , LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG, PULSOS FUERTES
NEUROL: GLASGOW 15/15 PIRL , SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO FOCALIZADO
ANALISIS: PACIENTE CON TRAUMA EN RODILLA IZQ EN QUIEN SE SOSPECHA LESION LIGAMENTARIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DISNEA, ABDOMEN SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN COMPROMISO NEUROVASCULAR DISTAL, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR.
PLAN CONTINUAR TRATAMIENTO INSTAURADO. PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA

--->><<18.04.23-05:44:59>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 47812

TI 1003802217

NOMBRE:VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA **EDAD**: 17 A **F. NACI**:00.12.21 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 42 # 6W 35 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3157254024 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 22/04/2018 21:50

TRAMADOL CLOR X 50 MG/1MLFARMIONI CANT: 3 50 MG IV CADA 8 HORAS
CLORURO DE SODIO 9%X500MLBAXTER CANT: 3 PARA DILUCIONES, PASAR POR BURETROL

-OBSERVACION
-DIETA NORMAL
-TAPON VENOSO
-EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
-PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA
-PROTOCOLO ANTICAIDAS
-CSV AC

--->><<18.04.23-13:47:04>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA ,
AL EXAMEN FISICO: RODILLA IZQUIERDA DERRAME ARTICULAR XX ,EDEMA, DOLOR EN INTGERLINEA MEDIAL. STRES VALGOXX. LACHAMAN NEGATIVO, , NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: ESGUINCE RODILLA IZQUIERDA
PLAN: SE PASA A SALA DE PROCEDIMEINMTOS

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE PROCEDIMIENTOS
ARTROCENTESIS
BAJO ANALGESIA SE PRACTICOP ARTROCENTESIS DE RILLA IZQ CON DRENAJE DE 100 ML DE SANGRE. SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO INGUINO- MALEOLAR.
SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 30' DIAS

--->><<18.04.23-13:59:30>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** EVOLUCION ***

POR ORDEN VERBAL DE ORTOPEDISTA DE TURNO SE INMOVILIZA EXTREMIDAD AFECTADA

--->><<18.04.23-14:24:33>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1003802217 ADMISION N_: 47812

NOMBRE:VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA **EDAD**: 17 A **F. NACI**:00.12.21 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 42 # 6W 35 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3157254024 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 22/04/2018 21:50

EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO POSTERIOR SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE ÑIEGA PARESTESIAS.

--->><<18.04.23-14:25:43>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA 30 DIAS
RECOMENDACIONES

--->><<18.04.23-14:26:58>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

RECONSULTAR SI EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
- REPOSO.--- MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO--- NO MOJAR YESO

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR ORTOPEDIA 15 DIAS (SOLICITAR CITA ANTICIPADA)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

TI 1003802217 ADMISION N : 47812

NOMBRE:VELASCO ANDRADE NATALIA ANDREA **EDAD**: 17 A **F. NACI**:00.12.21 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 42 # 6W 35 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3157254024 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 22/04/2018 21:50

--->><<18.04.23-14:27:40>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 47812

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.04.23-14:27:25 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S836 ESGUINCES RODILLA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S600 TRAUMA DE DEDOS DE LA MANO DER

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.04.23 **HORA**:14:27:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 30 DIAS

Ana Maria Lobo M.
MEDICA GENERAL
C.C 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11254

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-10938	NEIVA,10-Jul-2018	09:56:43
DIRECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.08.09	

CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: FLOREZ PEÑALOSA DAHIRA AL

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: FLOREZ PEÑALOSA DAHIRA ALEJANDRA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1029890770	FLOREZ PEÑALOSA DAHIRA ALEJANDRA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: FLOREZ PEÑALOSA DAHIRA ALEJANDRA**	AT1324134539753	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
13 JUL 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO
FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.S
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldoser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16313 No. Radicado [redacted]

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI X | Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Vehículo Placa No. GGO233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección [illegible] Zona U X R

Departamento [illegible] Cod. 41

Municipio [illegible] Cod. [illegible]

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D D M M A A A A A las H H M M

Nombre IPS que atendió la victima [illegible]

NIT [illegible] Código de habilitación [illegible]

Dirección [illegible]

Departamento Huila Cod. 41 Télefono [illegible]

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en esta formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Juan Alberto Lozano O. Cirujano UNICAUCA RM 1 061 724 214

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16326

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	19	05	16

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO BCD 04C

No. DE POLIZA 1372412450747 35

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) [illegible] C.C. [illegible] DE [illegible]

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: [illegible] HASTA: [illegible]

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. [illegible]

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR [illegible]

[illegible] IDENTIFICADO CON C.C. No. [illegible] DE [illegible]

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S. — HISTORIA DE PREHOSPITALARIA — 29212

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
12 Mayo 2018	19:27	19:36	19:50	20:03	R (X) N V B

Florez Penaloza Dahyra Alejandra — No. HISTORIA CLINICA 1029890770

18 Julio 2015 — Sexo: X — EDAD — NUMERO 1029.890.770

RESIDENCIA ACTUAL — Dirección: cll 12 sur #20-25 Barrio: — Municipio: Neiva
Departamento: Huila — País: colombia. — Teléfono: 316 724 1590.

DIRECCION ATENCION — Residencia: — Trabajo: — Otro: — ASEGURADORA POLIZA No: 13453 975 3 — Estudiantil: — Prepagada: — Vinculado:
Cra 19 cll 12 sur — Sexo: X — Previsora — EPS: Medimas
B/. San Francisco — BCP. 04 c.

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: (X) Accidente de Transito; Accidente Laboral; Accidente Comun; Terrorismo; Lesion por agresion; Enfermedad General; Catastrofe; Otro

DATOS DE LA ESCENA / ANAMNESIS: paciente femenina menor de edad que iba como Ocupante de moto que Cae cuando arrollan un ciclista

Alergias: niega el papa
Medicamentos: niega el papa
Antecedentes Patologicos: niega el papa
Ultimo Alimento: — Horas — Embarazo: p
Drogas: niega el papa

EXAMEN FISICO: TA 119/76 FC 87 FR 27 T 36c — NEUROLOGICO: PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

AVO	(4) Orientada	4	Reflejo	2	Extension
	5 Localiza	3	Flexion anormal	1	No hay
RV	(5) Orientada	3	Inapropiada	1	No hay
	4 Confusa	2	Incomprensible		
AO	(4) Espontanea	2	Al dolor	TOTAL	
	3 Al llamado	1	No hay	15 /15	

REVISED TRAUMA SCORE: 12

RESPIRATORIA	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
CIRCULATORIA	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
NEUROLOGICA	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

1 Heridas
2 Abrasion
3 Hematoma
4 Contusion
5 Deformidad
6 Fractura Abierta
7 Quemadura
8 Edema
9 Amputacion
10 Avulsion
11 Dolor

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical		RCP	(X) Monitoreo
Aspiracion		Intubacion	Liquidos
Oxigenacion		Canalizacion Venosa	(X) Aseo
Inmovilizacion		Canalizacion Arterial	
Medicacion		Canalizacion Otra	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Tx en mano derecha y rodilla derecha.

Trasladado a: Clinica de Fracturas y Ortopedia
Recibido por:
Se entrega: Vivo (X) Muerto
Firma del Paciente:

Tipo [redacted] TAM
unidad [redacted] FAB (X)

OBSERVACIONES: GGU 233

Nombre del Medico — Nombre Auxiliar: Elizabeth Tuter — Nombre Conductor: Yeison Diaz

9

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 10 A NO 6 - 46 - TELS: 8752331

EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 12 Mayo 2018 HORA 19:27

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Dahira Alejandra Florez Penaloza

IDENTIFICACION CC 1079590770

DIRECCION Cll 12 Sur # 20-25 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 316 724 1590

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca AKT Placa BCD04C

Poliza No. 1324134539755 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente femenina menor de edad iba como Ocupante de moto que se cae cuando arranca en Curso

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

Haumer Alexander Florez

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C 1075278856.

8

DECLARACION DE SINIESTRO

5

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Dalia A Florez No. Documento de Identidad 1129880770.

Edad 2 Sexo F Dirección Domicilio M 12SW # 20-25 Ciudad Neiva Teléfono 3107241590

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Daniela Perdomo No. Documento de Identidad 1075283674

Edad 23 Sexo F Dirección Domicilio M 12SW # 20-25 Ciudad Neiva Teléfono 3167241590

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa BCD04C Vehiculo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1306004100837000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 12-05-18 Hora 10:22

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante X Peatón ____	Cra 14 con Cll 12SW

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

La Daniela Perdomo declaro que iba en la moto de placas BCD04C como acompañante con un casco y en buen estado

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Daniela Perdomo identificado con c.c. 1075283674 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 12-05-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima Nombre	Huella	Firma Acompañante Daniela Perdomo 1075283674 Nombre	Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

X

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.029.890.770

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54650226**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A F R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE NEIVA-H HERNANDO M - COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FLOREZ	PEÑALOZA

Nombre(s)
DAHIRA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento (Año Mes Día)	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2015 JUL 18	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53014891-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
PEÑALOZA DUARTE DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.283.874	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
FLOREZ MUÑOZ HAUMER ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.278.856	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
FLOREZ MUÑOZ HAUMER ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.075.278.856	Haumer Florez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2015 Mes JUL Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza
LUIYEN BARRERO SUAN S. RONO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Haumer Alexander Florez Muñoz
Firma

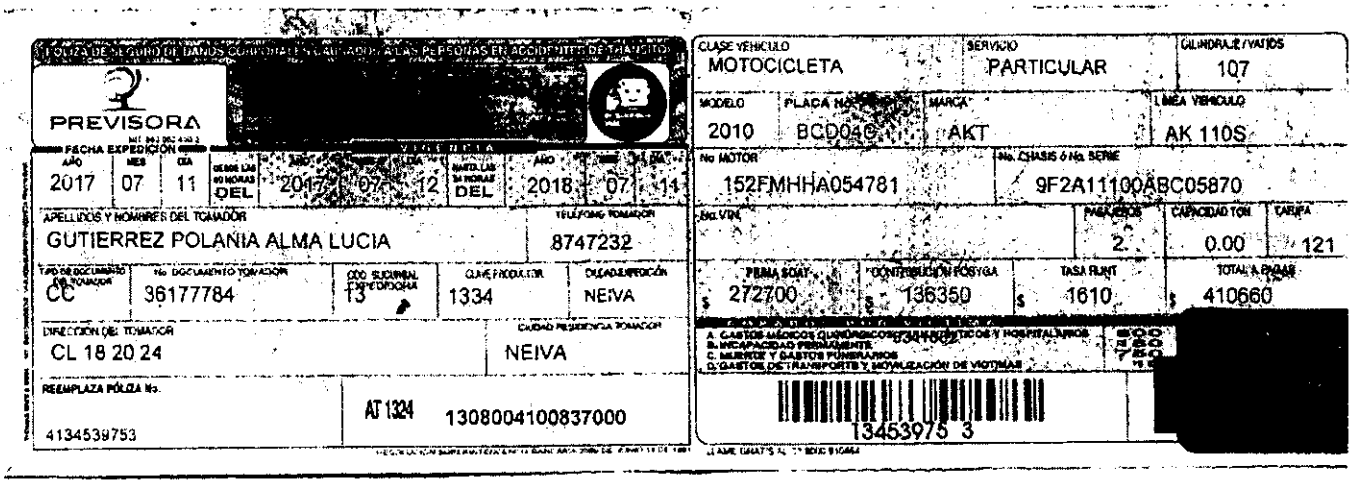
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

23 JUL 2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 32 FOLIO 0214 POR RECONOCIMIENTO PATERNO VOLUNTARIO. YFVL.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

6



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

[redacted]

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2017	07	11		2017	07	12		2018	07	11

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: GUTIERREZ POLANIA ALMA LUCIA — TELÉFONO TOMADOR: 8747232

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN	CLAVE FACULTATIVA	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	36177784	13	1334	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CL 18 20 24 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4134539753 — AT 1324 — 1308004100837000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	107

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2010	BCD04C	AKT	AK 110S

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE
152FMHHA054781	9F2A11100ABC05870

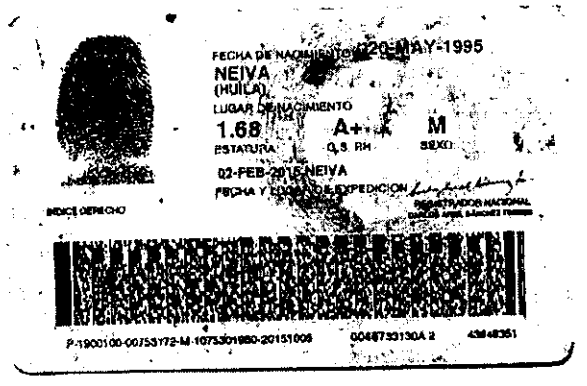
No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	CARGA
	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

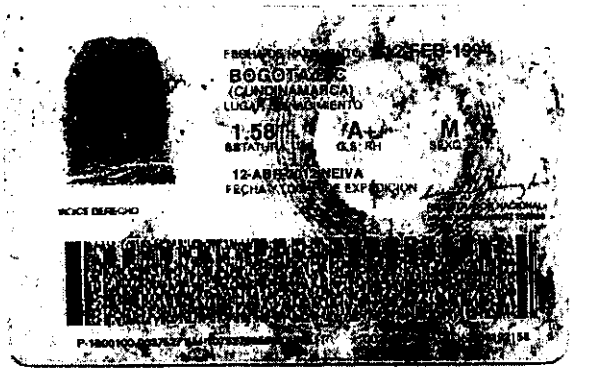
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 750
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS

13453975 3

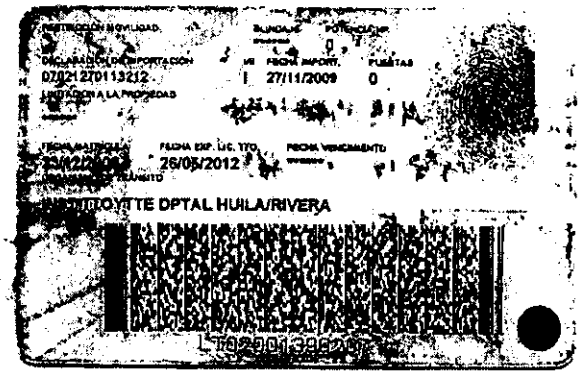
[redacted]



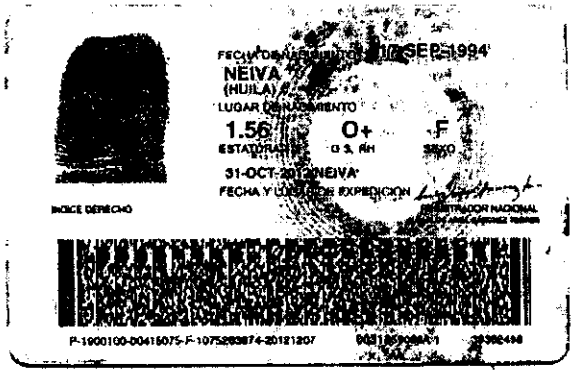
FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1995
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-FEB-2015 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1900100-00753172-M-1073501980-20151009 0048733130A 2 43848351



FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1994
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-ABR-2012 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
P-1900100-00415075-F-1075283874-20121207



RESTRICCIÓN MOVILIDAD | BLINDAJE | POTENCIA HP
0
ORGANISMO DE TRANSPORTACIÓN | No. | FECHA IMPORT. | PUERTAS
07021270113212 | 1 | 27/11/2009 | 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
FECHA MATRÍCULA | FECHA EXP. LIC. TTO | FECHA VENCIMIENTO
26/05/2012
ORGANISMO DE TRANSITO
DIRECTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA
L-1629013982



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1994
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-2012 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1900100-00415075-F-1075283874-20121207

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

RC 1029890770 ADMISION N_: 49040

NOMBRE: FLOREZ PEÑALOZA DAHIRA ALEJANDRA **EDAD:** 2 A **F. NACI:** 15.07.18 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 12 SUR NO 20 25 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3167241590 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 12/05/2018 20:22

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS BCD04C CUANDO COLSIOONA CON UN CICLISTA Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS: 20+03 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 36 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, TORAX, ABDOMEN, PELVIS, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA RECUERDA EL EVENTO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.05.12-20:25:37>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 49040

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 110/70 **FC:** 110 **FR:** 18 **T:** 37 **SO2:** 12 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucusas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

RC 1029890770 ADMISION N : 49040

NOMBRE: FLOREZ PEÑALOZA DAHIRA ALEJANDRA **EDAD:** 2 A **F. NACI:** 15.07.18 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 12 SUR NO 20 25 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3167241590 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 12/05/2018 20:22

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

V299 MOTOCICLISTA (CUALQUIERA) LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.05.12-20:25:39>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49040

*** PLAN ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES SIN SIGNOS DE TRAUMAS ESTABLE SE INDICA ANALGESIA Y SEGUN RESULTADOS SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 DAR A TOMAR 6 CC VO AHORA

- DIETA NORMAL.
-ACOMNPAÑANTE PERMANENTE
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.05.12-20:56:17>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49040

*** EVOLUCION ***

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, PACIENTE NO TIENE SIGNOS DE TRAUMAS PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 115/75 FC: 110 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

RC 1029890770 **ADMISION N°:** 49040

NOMBRE: FLOREZ PEÑALOZA DAHIRA ALEJANDRA **EDAD:** 2 A **F. NACI:** 15.07.18 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 12 SUR NO 20 25 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3167241590 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 12/05/2018 20:22

SALIDA

--->><<18.05.12-20:50:08>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49040
*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
1----RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA : --- ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA, O PERSISTE SINTOMATOLOGIA NEUROLOGICA.----- DIFICULTA PARA RESPIRAR, ----
2---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 DAR A TOMAR 6 CC VO CADA 6 HORAS POR 3 DIA S SI DOLOR

--->><<18.05.12-20:58:16>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49040
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.05.12-20:58:11 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
V299 MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

RC 1029890770 ADMISION N : 49040

NOMBRE: FLOREZ PEÑALOZA DAHIRA ALEJANDRA **EDAD:** 2 A **F. NACI:** 15.07.18 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 12 SUR NO 20 25 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3167241590 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 12/05/2018 20:22

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.05.12 **HORA:** 20:58:1

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1 061 724 214

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11277

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324)		EVENTO	1-10958	NEIVA,10-Jul-2018	11:14:17
LA PREVISORA S.A.					
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.08.09	

CONTRATO/PLAN	REGIMEN	Observaciones:
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: MUÑOZ GUAZAQUILLO YEISON

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: MUÑOZ GUAZAQUILLO YEISON FABIAN

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1078292580	MUÑOZ GUAZAQUILLO YEISON FABIAN	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: MUÑOZ GUAZAQUILLO YEISON FABIAN	at1324137686033	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
13 JUL 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.********** **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL | Aceptada, LA ENTIDAD | FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

15

Soldiaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16448 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [N.] Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NVV 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075292580	Yeison.	Fabian	Muñoz	Guazaquillo
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección KM 1 + 200 mts - Neiva - Vegalarga Zona [X] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva. Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 22 05 2018 A las 2358

Nombre IPS que atendió la victima clinica de fracturas y ortopedia. ltda

NIT 800 110 181-9 Código de habilitación 410010046601

Dirección cll. 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno de las victimas reclamadas.

Fijo Vladimir Polania Cirujano Ortopedico y Cirujano de Mano RM 0903

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC 7702623

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT. 900.324.272-2

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FRANCISCO JAVIER ROJAS REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Total folios

471

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16428

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	05	22

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: IAC 58C

No. DE POLIZA: 1324137458032

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): William Andres Ramos C.C. 1075235957 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: KM 11 7 comas via Neiva HASTA: Clinica de Fracturas y Ortopedia 23102. Bogotá. ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Yeison Tabima. Muñoz. Guazapuillo IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075777380 DE Neiva.

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL: SALUDLASER S.A.S

CON NIT: 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S

29514

FECHA: 22 Mayo 2018 | HORA SALIDA: 23+02 | HORA LLEGADA: 23+10 | HORA TRASLADO: 23+20 | HORA ENTREGA: 23+23 | PRIORIDAD: R X N V B

Nº HISTORIA CLINICA: 1075292580

Muñoz Guazaquillo Yeison Fabian

FECHA NACTO: 13 Nov 1995 | SEXO: M X F | TIPO DOC: CC X | NUMERO: 1.075.292.580 | EDAD

RESIDENCIA: Asentamiento Obras Hoka | Lote 26 Manzana 2 | Municipio: Neiva | Teléfono: 3137538273

Km 1 + 200 m Neiva - Vegalarga X | Previsora | 1324137585033 | Particular | Urgencia | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Tránsito X | Accidente Laboral | Terrorismo | Lesión por agresión | Enfermedad General | Catástrofe | Otro

ANTECEDENTES: paciente Niega

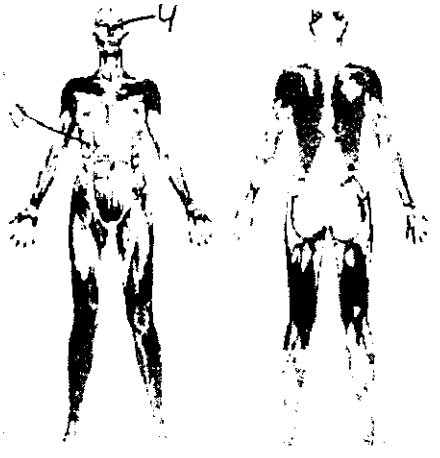
Masculino mayor de edad que iba como conductor de moto que colisiona con una vaca que se encontraba en la vía

Antecedentes Patalogicos: Niega

Medicamento: Niega | Horas Embarazo: X

EXAMEN FISICO: 124/90 | 76 | 23 | 37°c

Niega



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Ausente

Glasgow: Apertura ocular 3 | Respuesta verbal 3 | Respuesta motora 5

Espontanea	4	Normal	2 Extension
Localiza	3	Flexion anormal	1 No hay
Orientada	3	Inapropiada	1 No hay
Confusa	4	Incomprensible	2

TOTAL: 15 /15

REVISED TRAUMA SCORE: 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0

Monitoreo: X | Liquidos IV: X | Asepsia: X

OBSERVACIONES: Tx facial + Tx pecho + Tx Rodilla izq.

Traslado a clinica de fractura y ortopedia

Signos: TA: 90 | TAB: 60

NVV 195

Nombre: Elizabeth Toper | Nombre Conductor: William Ramos

Dr. Jhon Fabian Torres Medico y Cirujano RM 0967105

Saludlaser

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR CALLE [illegible] TEL: 8252231

EMAIL: SALUDLASER@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 22 Mayo 2018 HORA 23:02

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Yeison Fabian Muñoz Paraquito

IDENTIFICACION 1075292580

DIRECCIÓN Apartamento Cdsy Andrade Mz 26 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3137538273

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATÓN ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Honda Placa IAO 58C.

Poliza No. 13241375850333 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Fuente Masculino mayor de edad que iba como Conductor de moto que Para Cuando Colsiona Con una Vaca que estaba en la Via

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condicion de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

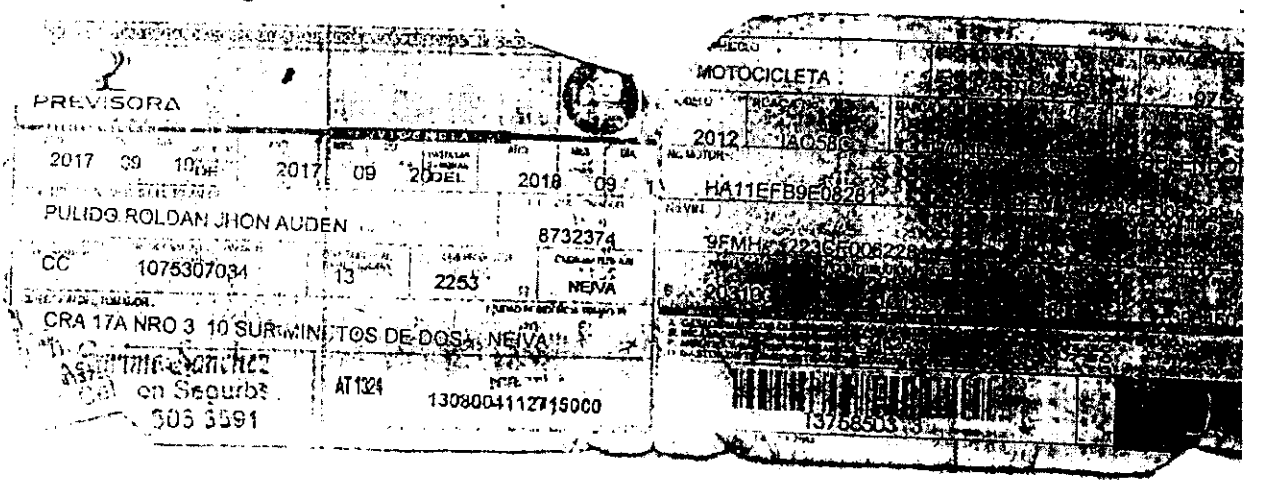
Yeison Fabian Muñoz P.

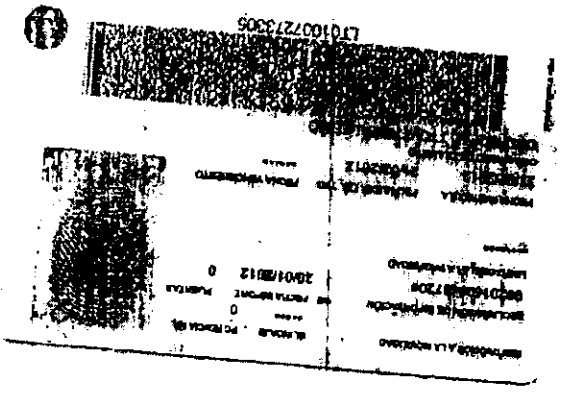
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

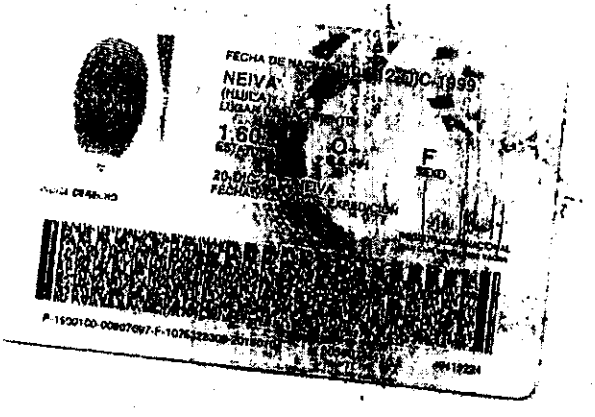
C.C 1075292580

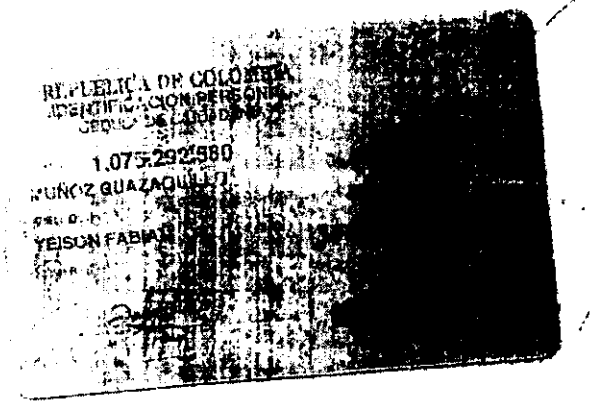
NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

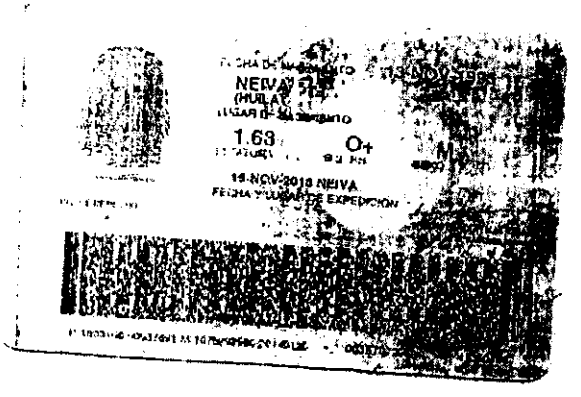
C.C


PREVISORA
2017 09 2017 09 2018 09
PULIDO ROLDAN JHON AUDEN
CC 1075307034
13
2253
NEIVA
CRA 17A NRO 3 10 SUR MINUTOS DE DOSA NEIVA
AT1324
13080041127 15000
MOTOCICLETA
2012
HA11EFB9E08281
8732374




NEIVA
F


1.075.292.980



6

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Yeison Fabian Muñoz G. No. Documento de Identidad 1075292580

Edad 22 Sexo M Dirección Domicilio Lote 26 Manzana 2 Ciudad _____ Teléfono _____

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular 3137538273

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Yeison Fabian Muñoz G. No. Documento de Identidad 1075292580

Edad 22 Sexo M Dirección Domicilio Lote 26 Manzana 2 Ciudad _____ Teléfono _____

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular 3137538273

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Honda Placa IAO58C Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora. Póliza No. 1308 0041 2715000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 22-05-18 Hora 23:02

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante _____ Peatón _____	KM 1+200 Metros Neiva - Vegatara.

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Iba conduciendo la moto de placas IAO58C. cuando choque contra una Vaca. causandome la caida.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Yeison Fabian Muñoz. G. identificado con c.c. 1075292580 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva (H) Fecha y hora 22-05-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075292580 ADMISION N_: 49758

NOMBRE: MUÑOZ GUAZAQUILLO YEISON FABIAN **EDAD:** 22 A **F. NACI:** 95.09.13 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** C

DIRECCION: LOTE 26 MANZANA2 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3137538273 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 22/05/2018 23:35

MOTIVO CONSULTA

CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS IAO 58C COLISIONAN CONTRA UNA VACA

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.05.22-23:40:10>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 49758

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 121/82 **FC:** 78 **FR:** 20 **T:** 36. **SO2:** 98 **PESO:** 65 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabera normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes. ABRASION EDEMA Y DOLOR EN DORSO NASAL; ABRASION EN LABIO SUPERIOR E INFERIOR

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados. DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHA QUE AUMENTA CON LA INSPIRACION

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 49758

CC' 1075292580

NOMBRE: MUÑOZ GUAZAQUILLO YEISON FABIAN **EDAD:** 22 A **F. NACI:** 95.09.13 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** C

DIRECCION: LOTE 26 MANZANA2 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3137538273 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 22/05/2018 23:35

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S003 TRAUMATISMO DE LA NARIZ

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S203 TRAUMA COSTAL DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.05.22-23:40:13>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49758

*** PLAN ***

CURACIÓN, ANALGESIA E IMAGENOLOGÍA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES
RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

--->><<18.05.23-00:08:18>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49758

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX HUESOS NASALES Y RX REJA COSTAL DERECHA SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.05.23-00:13:14>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49758

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS Y SE ORDENA SALIDA CON FORMULA , RECOMENDACIONES, CONTROL E INCAPACIDAD

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075292580 ADMISION N : 49758

NOMBRE:MUÑOZ GUAZAQUILLO YEISON FABIAN **EDAD**: 22 A **F. NACI**:95.09.13 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:C

DIRECCION: LOTE 26 MANZANA2 **CIUDAD**: **TELEFONO**:3137538273 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 22/05/2018 23:35

*** PLAN ***

** OTROS:

HIELO LOCAL, REPOSO Y CURACION EN CASA; ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER REVALORADO NUEVAMENTE SI PRESENTA ENROGECIMIENTO DEL SITIO DEL TRAUMA, AUMENTO DEL VOLUMEN, , FIEBRE, CALOR LOCAL O MUCHO DOLOR; CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20

IBUPROFENO TABLETAS, TOMARSE 1 (UNA) TABLETA CADA 8 HORAS, PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA

--->><<18.05.23-00:13:51>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 49758

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.05.23-00:13:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S003 TRAUMATISMO DE LA NARIZ

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S203 TRAUMA COSTAL DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.05.23 **HORA**: 00:13:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 5 DIAS

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Medico y Cirujano
RM 0967/03

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

Régimen común grandes contribuyentes Res. 000078 de 01 Dic. 2016. Retenedores de IVA y Autorretenedores de Renta Res. 007004 de 17 Sep. 2012.
Licencia MINTIC 001189. Licencia Min. Transporte 00595.

INTER RAPIDISIMO S.A. - NIT: 800251569-7
Fecha y Hora de Admisión:

Guía de Transporte No.

Tiempo estimado de entrega:

03/08/2018 15:02

DESTINATARIO 18 18:00

230003807412

CAS-8.55

MENSAJERÍA

41001000/NEIVA\HUIL\COL/COLOMBIA
SALUDLASER SAS
CL 18 A # 6 - 46
(078)8752231

9003242722

DATOS DEL ENVIO

TIPO DE EMPAQUE:
VALOR COMERCIAL: SOBRE CARTA
NO. DE ESTA PIEZA: $10,000
PESO POR VOLUMEN:
PESO EN KILOS:
BOLSA DE SEGURIDAD:
DICE CONTENER:

INFORMACION DEL ENVIO

MENSAJERÍA

VALOR FLETE:
VALOR SOBRE FLETE:
VALOR OTROS CONC $4,340
VALOR TOTAL: $200
FORMA DE PAGO: 0
$4,540
Credito

Nombre y sello

OBSERVACIONES OBJ AGOSTO 01 # 66 AL 68

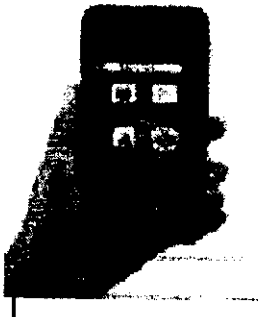
/BOGOTA\CUND\COL/COLOMBIA
LA PREVISORA S.A COMPANIA DE S
CALLE 57 # 9-07
3485757

NIT: 000860002400

X

El(la) firmante declara que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío se el q
contenido en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones descritas en
contrato de prestación de servicios de mensajería expresa y/o carga publicado en la página web www.interrapidisimo.com o en el punto de venta. De igual forma, AUT
a INTER RAPIDISIMO S.A., el tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad
protección de datos personales de la Compañía, remítase a sitio web.

OBSERVACIONES
98 - CL 18 A # 6 - 46



RECOGIDAS
SIN RECARGO
DESDE SU CELULAR SOLICITANDO NUESTRA APP

NUEVA LÍNEA DE ATENCIÓN !!!
» 323 255 4455

Estimado cliente, por su seguridad no devolver ningún envío después de haber firmado la prueba de entrega

230003807412

www.interrapidisimo.com - defensorcliente@interrapidisimo.com, sup.defacilidades@interrapidisimo.com
Bogotá, D.C. Carrera 30 # 7 - 45 PBX: 888 8888 Cel: 323 255 4455

GMC GMC-R-07

DESTINATARIO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11780

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11458	NEIVA,14-Ago-2018	16:39:51
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.13
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: QUESADA GONZALEZ NURY		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: QUESADA GONZALEZ NURY

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
36309490	QUESADA GONZALEZ NURY	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: QUESADA GONZALEZ NURY**	**AT1324137403103**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.********** **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Impresa el COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

15

Soldiaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16649 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT (X) — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica (X) — Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No.: HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: (X) C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C	36309990	NUBIA		Quesada	Gonzalez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito (X) — Evento Catastrofico ( ) — Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CR 15 con CLL 2 Sur — Zona (X) R

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 08 06 2013 — A las: 16 00

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica de fracturas y ortopedia Ltda.

NIT: 800 110 181-9 — Código de habilitación: 410001 0046601

Dirección: cll. 12 # 6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756349

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ana Mvl Lobo M.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16729

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	06	08

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: KNX 089

No. DE POLIZA: 1324137403103

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): William Hindes Ramos C.C. 1075559437 DE Neiva.

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cr 15 con cll 2 sur HASTA: Clinica de Fracturas y ortopedia.

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 06:30.

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU 906.

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR NOM Quesada Gonzalez IDENTIFICADO CON C.C. No. 36309490. DE Neiva.

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

485

Salutiesar S.A.

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA

29619

FECHA | HORA DE SERVICIO | HORA LLEGADA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

Apellidos | Nombres

FECHA NAC. | SEXO F M | C.C. T.I. R.C. C.E. | PAIS | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL: Direccion | Barrio | Municipio | Departamento | Pais | Telefono

DIRECCION OCURRENCIA: Residencia | Trabajo | Otro | Cual | VEHICULO PLACA | POLIZA No. | EPS O | Estudiantil | Prepagada | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRAUMA: Accidente Transito | Accidente Laboral | Accidente Comun | Terrorismo | Lesion por agresion | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias:

Medicamentos:

Antecedentes Patologicos:

Ultimo Alimento: horas | Embarazo

Condiciones:

EXAMEN FISICO: TA | FC | FR | T

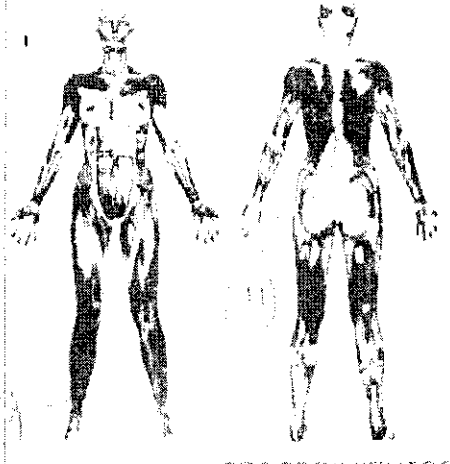
NEUROLOGICO: PUPILAS D: mm I: mm

R.M. 6 Ordenes 5 Localiza 4 Retira 3 Flexion anormal 2 Extension 1 No hay

R.V. 5 Orientada 4 Confusa 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 No hay

A.O. 4 Espontanea 3 Al llamado 2 Al dolor 1 No hay

TOTAL /15



1 Heridas
2 Abrasion
3 Hematoma
4 Contusion
5 Deformidad
6 Fractura Abierta
7 Quemadura
8 Edema
9 Amputacion
10 Avulsion
11 Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

- Oxigenacion
- Aspiracion
- Oxigenoterapia
- Nebulizaciones
- Ventilacion
- RCP
- Inmovilizacion Cervical
- Inmovilizacion Miembros
- Inmovilizacion Total
- Monitoreo
- Liquidos I.V.
- Asepsia
- Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA:

Traslado a:

Recibido por:

Se entrega: Vivo | Muerto

Firma del Paciente:

Dra. Ana María Luna
Médico General
M.P. 2301567678

Tipo unidad: TAM | TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar:

Nombre Conductor:

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 11 A # 10 A - 46 TELS: 8252231

EMAIL: SALUDLASER@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 08 06 2018 HORA 09:30

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Nury Quesada Gonzalez

IDENTIFICACION: 36309490

DIRECCION: C11 18 B - 54 A 06 TELEFONO FIJO:

TELÉFONO CELULAR: 3138345638

CONDICION DEL PACIENTE: CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo: moto Marca: Suzuki Placa: TWX08D

Poliza No: 1374031093 Aseguradora: Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: paciente de sexo femenino que iba como pasajera de moto lo cual se accidenta al chocar un taxi por detras.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizo mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Nury Quesada Gonzalez

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 36309490

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

DECLARACION DE SINIESTRO

5

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre [illegible] No. Documento de Identidad 36309490

Edad 35 Sexo F Dirección Domicilio [illegible] Ciudad Pereira Teléfono 3124366262

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre [illegible] No. Documento de Identidad 7716997

Edad 37 Sexo M Dirección Domicilio [illegible] Ciudad Pereira Teléfono 3124366262

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Suzuki Placa KNX00D Vehiculo Rub

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 0700000739165000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 08-06-18 Hora 06:30

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante X Peaton ____	Cra 5 con Calle 2

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Iba en un ocupante de la moto de placas KNX00D cuando somos colisionados por un carro y caemos al suelo

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, [illegible] identificado con c.c. 36309490 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Pereira Fecha y hora 08-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

[illegible] Huella Huella

Firma Victima
Nombre 36309490

Firma Acompañante
Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

8

PREVISORA

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE - VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	113

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2015	KNX08D	SUZUKI	VIVA 115CC

No MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
E482115690	9FSBE4EN6FC115699

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DIA	VIGENCIA DESDE AÑO	MES	DIA	VIGENCIA HASTA AÑO	MES	DIA
2017	09	09	DEL 2017	09	10	DEL 2018	09	09

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: QUESADA GONZALEZ NURY — TELEFONO TOMADOR: 3214031582

TIPO DE DOC. NUMERO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDITORA	CLAVE PRODUCTOR	NOMBRE PRODUCTOR
CC	36309490	7	9690	FLORENCIA

DIRECCION DEL TOMADOR: CLL 19B NO 49-21 NEIVA — CIUDAD DE UBICACION DEL TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: AT1324 — 0708004079185000

4137483103

No VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FSBE4EN6FC115699	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

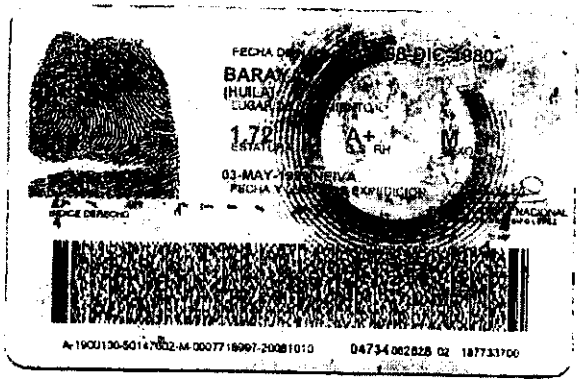
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

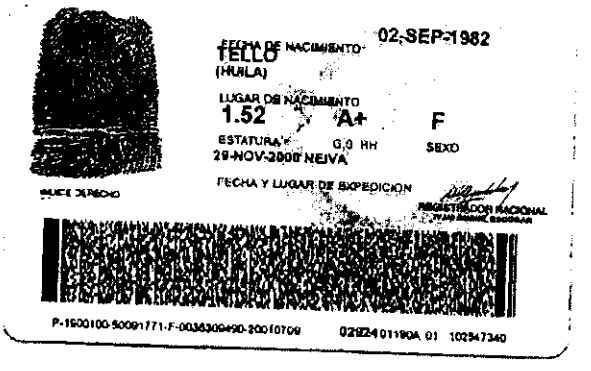
SALARIOS MINIMOS

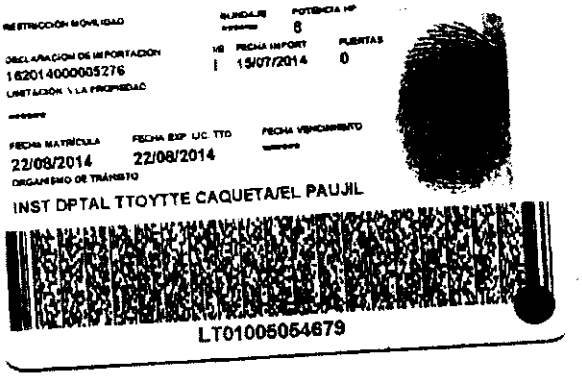
13740310 3

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA 002







PREVISORA

"POLIZA DE SEGURO DE DAÑO CORPORAL LESIONES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO"

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 09 DIA 09

VIGENCIA: DESDE 2017 09 10 HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 09 DIA 09

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: QUESADA GONZALEZ NURY

TELEFONO TOMADOR: 3214031582

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 36309490

COD. SUCURSAL EXPEDICION: 7

CLASE PRODUCTO: 9690

CIUDAD EXPEDICION: FLORENCIA

DIRECCION DEL TOMADOR: CLL 19B NO 49-21 NEIVA

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REMPLAZA POLIZA No.

AT 1324

0708004079185000

4137403103

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE: 113

MODELO: 2015

PLACA No.: KNX08D

MARCA: SUZUKI

LINEA VEHICULO: VIVA 115CC

No. MOTOR: E482115690

No. CHASIS O No. SERIE: 9FSBE4EN6FC115699

No. VIN: 9FSBE4EN6FC115699

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0.00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 272700

CONTRIBUCION FOSYGA: $ 136350

TASA RUNT: $ 1800

TOTAL A PAGAR: $ 410850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS

B. INCAPACIDAD PERMANENTE

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

SALARIOS MINIMOS

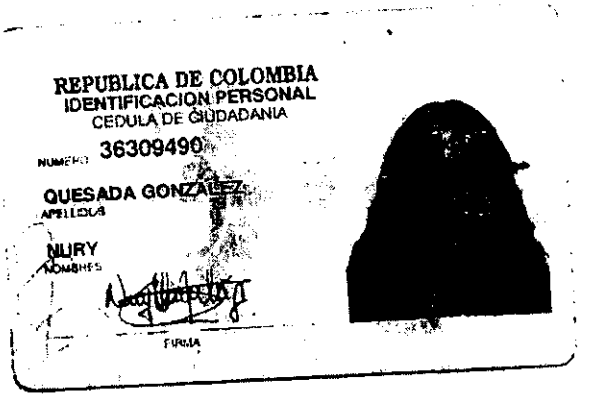
13740310 3

LLAME GRATIS AL 01 8000 513554

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SUA-002





REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10007924192

PLACA: KNX08D

MARCA: SUZUKI

LINEA: VIVA R 115

MODELO: 2015

CILINDRADA CC: 113

COLOR: ROJO NEGRO

SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA

TIPO CARROCERIA: TURISMO

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CAPACIDAD Kg/PSJ: 2

NUMERO DE MOTOR: E482-115690

REG: N

VIN: 9FSBE4EN6FC115699

NUMERO DE SERIE:

REG: N

NUMERO DE CHASIS: 9FSBE4EN6FC115699

REG: N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): QUESADA GONZALEZ NURY

IDENTIFICACION: C.C. 36309490

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36309490 ADMISION N_: 50906

NOMBRE: QUESADA GONZALEZ NURY **EDAD:** 35 A **F. NACI:** 82.09.02 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 18 B NO 4 A 06 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3124386262 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 08/06/2018 07:09

MOTIVO CONSULTA

PACINETE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS KNX08D CUANDO COLISIONA CON UN CARRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTOCIELTA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.08-07:13:11>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 50906

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NO REFIERE * FUR: 01/06/18**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 137/84 **FC:** 77 **FR:** 22 **T:** 36 **SO2:** 99 **PESO:** 60 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no nasa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparantes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA DOLOR A LA MOVILIDAD DE TOBILKLO DERECHO, ABRASION EN TOBILLO.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36309490 ADMISION N : 50906

NOMBRE:QUESADA GONZALEZ NURY EDAD: 35 A F. NACI:82.09.02 SEXO: F ESTRATO: 1 EC: U

DIRECCION: CLL 18 B NO 4 A 06 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3124386262 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 08/06/2018 07:09

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S900 CONTUSION DEL TOBILLO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.08-07:13:14>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50906

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

--->><<18.06.08-08:31:24>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50906

*** EVOLUCION ***

SE REPORTAN IMAGEN

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA

--->><<18.06.08-08:32:09>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50906

*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36309490 ADMISION N : 50906

NOMBRE:QUESADA GONZALEZ NURY **EDAD**: 35 A **F. NACI**:82.09.02 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 18 B NO 4 A 06 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3124386262 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 08/06/2018 07:09

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
VALORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA 12/006/18
RECOMENDACIONES
INCAPACIADAD MEDICA 5 DIAS

--->><<18.06.08-08:33:51>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50906

*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

CURACIONES EN CASA CON ISODINE
APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

** ORDENES MEDICAS:

VALORORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA 12/06/18 JORNADA MAÑANA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

--->><<18.06.08-08:34:23>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50906

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.08-08:34:00 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 36309490 **ADMISION N_:** 50906

NOMBRE: QUESADA GONZALEZ NURY **EDAD:** 35 A **F. NACI:** 82.09.02 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 18 B NO 4 A 06 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3124386262 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 08/06/2018 07:09

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S900 CONTUSION DEL TOBILLO DERECHO	T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.06.08 **HORA:** 08:34:0

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 5 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1091867678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

Regimen comun grandes contribuyentes Res. 000176 de 01 Dic. 2016 Retenedores de IVA y Autoretenedores de Renta Res. 007004 de 17 Sep. 2012
Licencia MINTIC 001184 Empresa Mix. Transporte Oficial

INTER RAPIDÍSIMO S.A. - NIT: 800251569-7
Fecha y hora de Admisión

Tiempo estimado de entrega

Guía de Transporte No.

230003956331

14/09/2018 16:47

DESTINATARIO 18 18:00

CAS 54

MENSAJERÍA

41001000/NEIVA\HUIL\COL/COLOMBIA
SALUDLASER SAS
CL 18 A # 6 - 46
(078)8752231

9003242722

DATOS DEL ENVÍO

TIPO DE EMPAQUE:
VALOR COMERCIAL: SOBRE CARTA
NO. DE ESTA PIEZA: $10,000
PESO POR VOLUMEN:
PESO EN KILOS: 1
BOLSA DE SEGURIDAD:
DICE CONTENER:

LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

MENSAJERÍA VALOR FLETE: $4,540
VALOR SOBRE FLETE:
VALOR OTROS CONC: $200
VALOR TOTAL: $4,740
FORMA DE PAGO: Credito

REMITENTE OBJ SEPT 12 # 247 AL 249 -

Nombre y sello

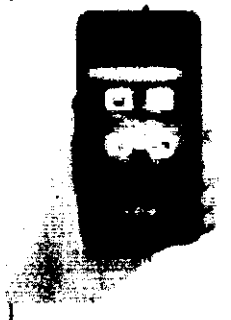
/BOGOTA\CUND\COL/COLOMBIA
LA PREVISORA S.A COMPANIA DE S
CALLE 57 # 9-07
3485757
Código Postal

NIT: 000860002400

X

El remitente declara que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el q[illegible] contenido de este documento y por lo tanto es el que **INTER RAPIDÍSIMO S.A.** asumirá en caso de daño o pérdida. **ACEPTO** las condiciones descritas en [illegible] contrato de prestación de servicios de mensajería expresa y la carga publicada en la página web www.interrapidisimo.com o en el punto de venta. De igual forma, **AUTORIZO** a **INTER RAPIDÍSIMO S.A.** el tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remítase a este web.

OBSERVACIONES
36 - CL 18 A # 6 - 46



RECOGIDAS
SIN RECARGO

NUEVA LÍNEA DE ATENCIÓN !!!
323 255 4455 01 8000 [illegible]

230003956331

www.interrapidisimo.com - defensorcliente@interrapidisimo.com, sup.defensoriainterrapidisimo.com
Bogotá D.C. Carrera 3d # 7 - 45 PBX: 360 8000 Cel: 323 255 4455

GMC GMC_R_07

DESTINATARIO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11785

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
A PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11463	NEIVA,14-Ago-2018	16:48:09
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.09.13	
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
01	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: BALSEROS QUIÑONES ANDRES		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: BALSEROS QUIÑONES ANDRES ALFONSO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076303792	BALSEROS QUIÑONES ANDRES ALFONSO	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: BALSEROS QUIÑONES ANDRES ALFONSO**	AT1324137469850	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018
Sonaya

ON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

ORMA PAGO: CREDITO

FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17425

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI. (NI) — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio

Vehículo Placa No.: HFL 906 — Ambulancia Básica (X) — Ambulancia Medicada ( )

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075305918	ANDRES	ALFONSO	RODRIGUEZ	RUBIANO
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito (X) — Evento Catastrofico ( ) — Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CRA 7 CON AV CIRCUNVALAR — Zona U (X) R ( )

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 20 06 2014 — A las: 08:55

Nombre IPS que atendió la victima: CLINICA FRACTURAS ORTOPEDICA

NIT: 800116819 — Código de habilitación: 410010046601

Dirección: CL 18 #6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756346

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República, de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

499

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17328

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 06 DIA 29

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO I6R09C

No. DE POLIZA 1324137469850

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Gistan Camilo Parra Losada C.C. 1075953971 DE Neiva H.L.G

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: CRA 7 AV Circunvalar HASTA: Clinica Ficticios Agudos

TIPO DE TRANSPORTE: CBL24

☑ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. HEQ906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR ANDRES ALFONSO BALSEROS QUIÑONES IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075703792 DE Neiva H.L.G

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Iaser S.A.S. HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA No. 29994

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
29 junio 2018	08:24	08:29	08:45	08:53	R [X] N V B

Balseros (1er apellido) Quiñones (2do apellido) Alirées Alfonso (Nombres)

No. HISTORIA CLINICA: 1075303792

FECHA NACIMIENTO: 11 Marzo 1997. SEXO: M [X] F [ ] C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] PAS [ ] NUMERO: 1075.303792. EDAD

RESIDENCIA ACTUAL: Direccion: Cll 36A #2d-00 Barrio: Cristalinas Municipio: Neiva Departamento: Huila Pais: colombia. Telefono: 3132276972.

DIRECCION DE ATENCION: Cra 7 con Av circunvalar. [X] POLIZA No. 1324 13746985 0 Previsora Estudiantil [ ] EPS-C Prepagada [ ] Placa: 16RO9C. EPS-S [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: [X] Accidente Transito [ ] Accidente Laboral [ ] Accidente Comun [ ] Terrorismo [ ] Lesion por agresión [ ] Enfermedad General [ ] Catástrofe [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: paciente masculino mayor de edad que iba como conductor de moto que colisiona con otra moto de placas ATF67D y cae.

Alergias: NO

Medicamentos: NO

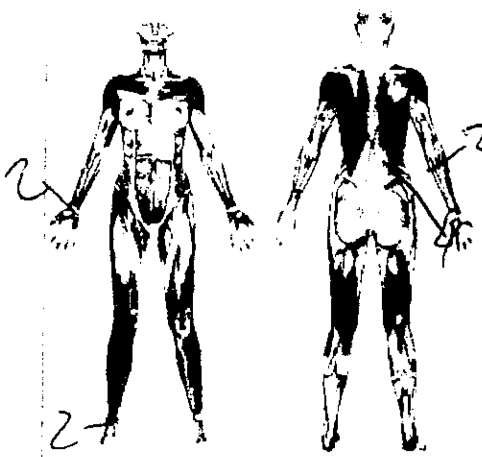
Antecedentes Patalógicos: NO

Ultimo Alimento: horas Embarazo —

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO: TA 120/40 FC 50 FR 25 T37°C GLASGOW PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M.	(6) Obedece	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R.V.	(5) Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O.	(4) Espontánea	2 Al dolor		TOTAL	15 /15
	3 Al llamado	1 No hay			12



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

[ ] Aspiración [ ] Oxigenación [ ] Intubación [ ] Ventilación [ ] Inmovilización MsSs [ ] Inmovilización MsIs [ ] Inmovilización Total [X] Curaciones [X] Liquidos I.V [X] Asepsia [ ] Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA: abrasión en codo, mano y dorso pie derecho + Fx cadera, codo derecho

Traslado a: Clinica de fracturas y ortopedistas.

Recibido por: Angelo Tovar

Se entrega Vivo [X] Muerto [ ]

Dr. Angelo Tovar Médico-Cirujano R.M. [illegible]

Firma del Paciente

Tipo Unidad TAM [ ] TAB [X]

OBSERVACIONES: HFU 906

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Elizabeth Tofr Nombre Conductor: Cristian peña

8

SALUDLASER SAS
NIT 900324272
DIR Calle 16 A No 6 - 46 TELS 8752231
EMAIL saludlaser_2010@hotmail.com

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 29 Junio 2018 HORA 08-24

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Andres Alfonso Balseros Quiñones
IDENTIFICACION 1075 303 792.
DIRECCIÓN cll 36A # 2d -00 TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR 313 227 6972

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [X] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca _____ Placa 16R09C.
Poliza No 32413746985O. Aseguradora Previsora.

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino mayor de edad que iba como conductor de moto que colisiona con otra moto de placas AIF67D y cae

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: _____

En micondición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañias de seguros responsables de SOAT.
Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Andres Alfonso Balseros
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C 1075303792

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C. _____

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Andrey A. Balseros No. Documento de Identidad 1075303792

Edad 21 Sexo M Dirección Domicilio Cll 36 A # 20-00 Ciudad Neiva Teléfono 3132276977

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Andrey A. Balseros No. Documento de Identidad 1075303792

Edad 21 Sexo M Dirección Domicilio Cll 36 A # 20-00 Ciudad Neiva Teléfono 3132276977

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa JGR09C Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1300604136200000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 29-06-18 Hora 08+24

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Cra 7 con Av circunvalar

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo iba en una Cabut Style
moto de placas JGR09 cuando
soy atropellado por otro moto y
cayo encima

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Andrey A. Balseros identificado con c.c. 1075303792 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 29-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

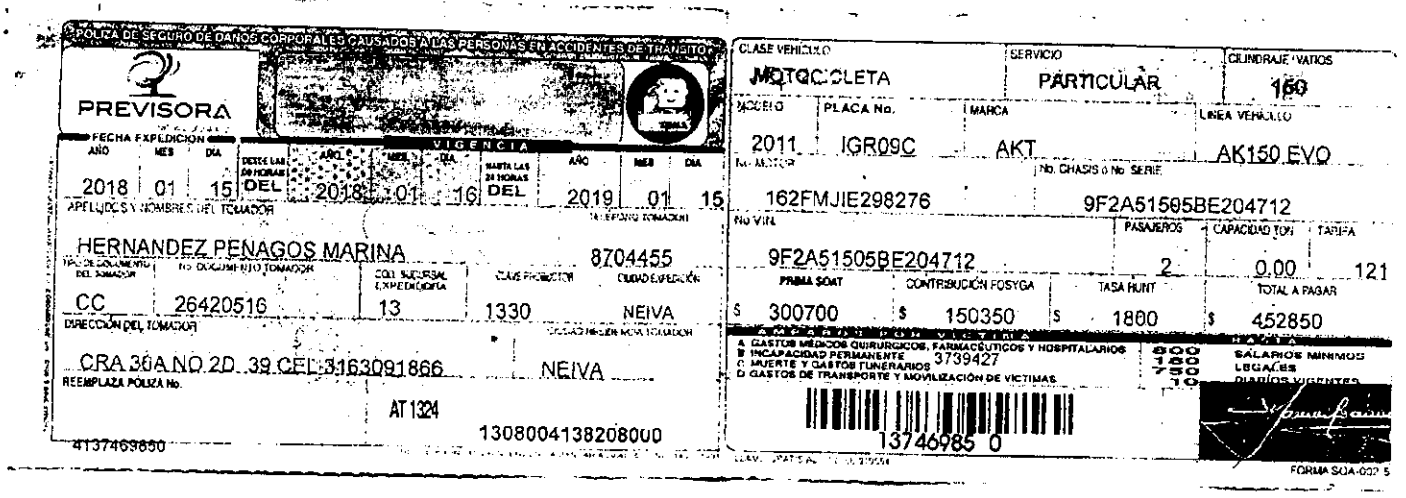
ANDRES BALSEROS
Firma Victima 1075303792
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 01 DIA 15 — DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 01 DIA 16 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 01 DIA 15

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: HERNANDEZ PENAGOS MARINA — TELEFONO TOMADOR: 8704455

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC — NO. DOCUMENTO TOMADOR: 26420516 — COD. SUCURSAL EXPEDICION: 13 — CLASE PROTECTOR: 1330 — CIUDAD EXPEDICION: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CRA 30A NO 2D 39 CEL 3163091866 — CIUDAD RESIDENCIA DEL TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: AT1324

1308004138208000

41374698650

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / PASOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	150

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2011	IGR09C	AKT	AK150 EVO

No. MOTOR: 162FMJIE298276 — No. CHASIS o No. SERIE: 9F2A51505BE204712

NO VIN: 9F2A51505BE204712

PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
2	0.00	121

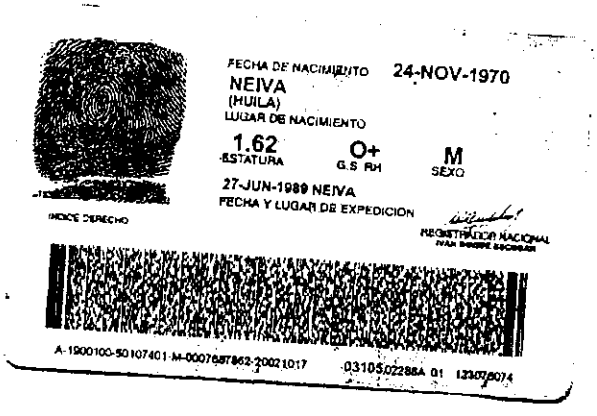
PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

AMPARADOS VALOR

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 3739427 — 180 LEGALES
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS — 10 DIARIOS VIGENTES

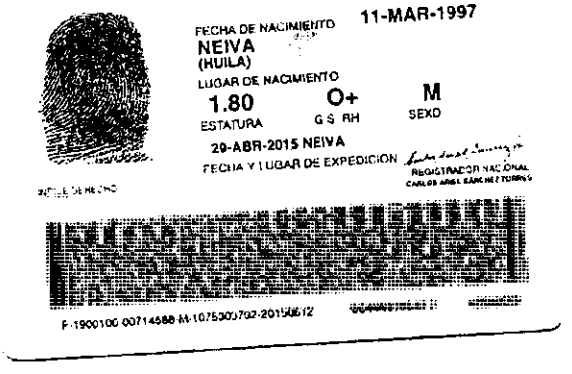
13746985 0

FORMA SOA-002 5



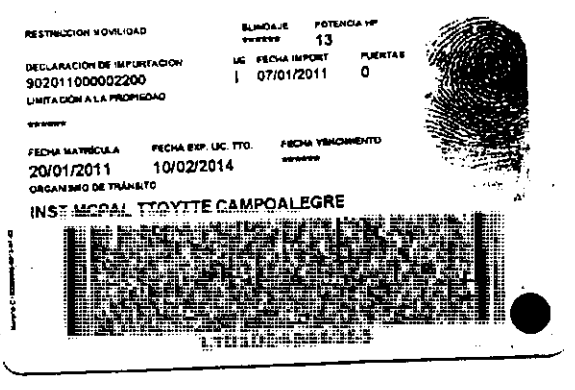
FECHA DE NACIMIENTO: 24-NOV-1970
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA — O+ G.S RH — M SEXO
27-JUN-1989 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-1900100-50107401-M-0007687862-20021017 03105.02288A 01 12307.8074



FECHA DE NACIMIENTO: 11-MAR-1997
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 ESTATURA — O+ G.S RH — M SEXO
29-ABR-2015 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

F-1900100-00714588-M-1075307792-20150612



RESTRICCION MOVILIDAD
CILINDRAJE: ****** — POTENCIA HP: 13
DECLARACION DE IMPORTACION: 902011000002200
LIMITACION A LA PROPIEDAD: ******
UC — FECHA IMPORT: 07/01/2011 — PUERTAS: 0
FECHA MATRICULA: 20/01/2011 — FECHA EXP. LIC. TTO.: 10/02/2014 — FECHA VENCIMIENTO: ******
ORGANISMO DE TRANSITO: INST MCPAL TTOYITE CAMPOALEGRE

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 01 DIA 15 — VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 01 DIA 16 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 01 DIA 15

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: HERNANDEZ PENAGOS MARINA — TELEFONO TOMADOR: 8704455

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 26420516 — COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13 — CLAVE TOMADOR: 1330 — CIUDAD APLICACION: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CRA 36A NO 2D- 39 CEL:3163091866 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: AT1324

4137409850

1308004138208000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE VATIOS: 150

MODELO: 2011 — PLACA No.: IGR09C — MARCA: AKT — LINEA VEHICULO: AK150 EVO

No MOTOR: 162FMJIE298276 — No CHASIS o No SERIE: 9F2A51505BE204712

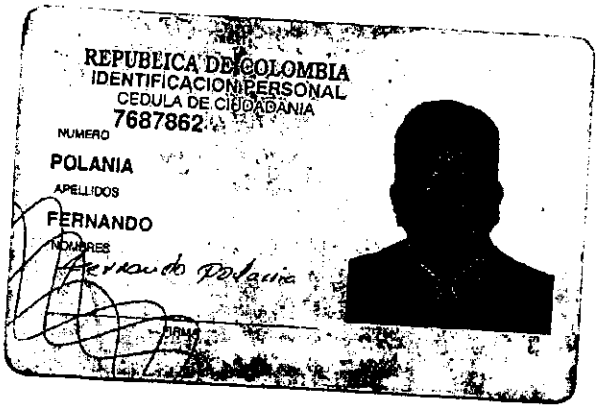
No VIN: 9F2A51505BE204712 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

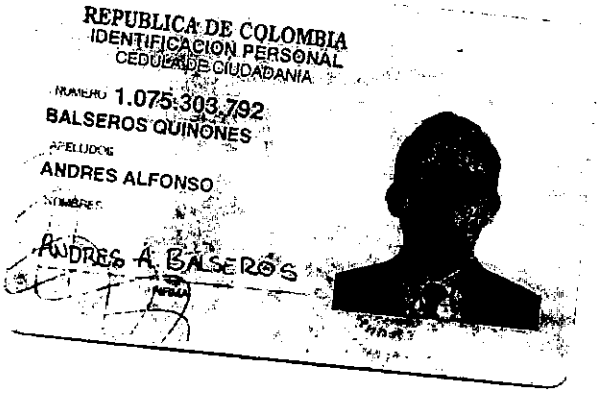
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

AMPARADOS — VALOR ASEGURADO
A. GASTOS MEDICOS,QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 3739427 — 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS: 10 DIARIOS VIGENTES

13746985 0

FORMA SOA





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10006830869

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
IGR09C	AKT	AK150 EVO	2011

CILINDRADA	COLOR	SERVICIO
150	AZUL CELESTE	PARTICULAR

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

NUMERO DE MOTOR: 162FMJIE298276 — REG: N — VIN: 9F2A51505BE204712

NUMERO DE SERIE: — REG: N — NUMERO DE CHASIS: 9F2A51505BE204712 — REG: N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE: HERNANDEZ PENAGOS MARINA — IDENTIFICACION: C.C. 26420516

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52352

CC 1075303792

NOMBRE: BALSEROS QUIÑONES ANDRES ALFONSO **EDAD:** 21 A **F. NACI:** 97.03.11 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 36 A NO 2 D 00 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3132276972 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 29/06/2018 08:58

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS IGR09C CUANDO COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN MANO DERECHA

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.29-09:06:02>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52352

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/70 **FC:** 72 **FR:** 18 **T:** **SO2:** 98 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

ABRASION EXTENSA EN CARA DORSAL DE ANTEBRAZO DERECHO, DOLOR A LA PALPACION DE LA MANO DERECHA, ABRASION EN PALMA DE MANO DERECHA, ABRASION EN DROSO DE PIE DERECHO, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52352

CC 1075303792

NOMBRE:BALSEROS QUIÑONES ANDRES ALFONSO **EDAD:** 21 A **F. NACI:**97.03.11 **SEXO:**M **ESTRATO:**1 **EC:**U

DIRECCION: CLL 36 A NO 2 D 00 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:**3132276972 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:**SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 29/06/2018 08:58

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S602 TRAUMA EN MANO DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.29-09:06:06>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52352
*** PLAN ***

ANALGESIA
CURACION

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

--->><<18.06.29-10:03:04>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52352
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE MANO DERECHA SE OBSERVA NORMAL

--->><<18.06.29-10:04:39>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52352
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUEIN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CEFRADINA 500 MG CANT: 24 TOMAR 1 CADA 8 HORAS
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR CUERVO

--->><<18.06.29-10:04:54>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52352
*** PLAN ***

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075303792 ADMISION N_: 52352

NOMBRE:BALSEROS QUIÑONES ANDRES ALFONSO **EDAD**: 21 A **F. NACI**:97.03.11 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 36 A NO 2 D 00 **CIUDAD**: NEIVA **TELEFONO**:3132276972 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**: **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION 29/06/2018 08:58

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.29-10:04:50 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S602 TRAUMA EN MANO DERECHA	T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**: 18.06.29 **HORA**: 10:04:5

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Anyelo Tovar
Médico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11787

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
A PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11485	NEIVA,15-Ago-2018	10:54:37
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	TELEFONO 8711773		FECHA VENCIMIENTO 2018.09.14	
NTRATO/PLAN			REGIMEN	Observaciones:		
01	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: TIQUE LOZADA ANDREA		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: TIQUE LOZADA ANDREA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075235983	TIQUE LOZADA ANDREA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: TIQUE LOZADA ANDREA**	AT1324136174603	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
COMERCIAL PREVISORA
24 AGO 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci?n Numeraci?n de Facturaci?n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

PAG. 1

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16714 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio NUVIAT Ambulancia Básica [ ] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No.

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075235963	andrea	— o —	Tique	lozada
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección AV Circunvalar Calle 14 Zona [X] R [ ]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 02 06 12 A las 8 3 [X] M

Nombre IPS que atendió la victima Clinica Ruedas Ortopedica

NIT 800 140 191-4 Código de habilitación 410010006601

Dirección Calle 13-6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Tito Vladimir Polania Torres
Médico y Cirujano

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Tito Vladimir Polania Torres
Médico y Cirujano

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

7702678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Saludlaser S.A.
NIT 900.564.072-2

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios [ ]

511

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16834

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	1	9	06	04	22

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: T I Y 5 6 D

No. DE POLIZA: 1 3 2 4 1 5 6 1 7 4 6 0 3

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Yeison Diaz Mosquera C.C. _____ DE _____

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Av. Circunvalar Calle 14 HASTA: Clinica [illegible]

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. [illegible]

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR [illegible]

[illegible] IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075253403 DE [illegible]

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SaluMoser S.A.

29610

FECHA: 02 Jun 2018 | HORA LLAMADA: 22:58 | HORA LLEGADA: 23:03 | HORA SALIDA: 23:10 | HORA ENTREGA: 23:17 | PRIORIDAD: R X N V B

1er apellido: Tique | 2do apellido: Losada | Nombres: Judy Andrea | No. HISTORIA CLINICA: 1075235963

FECHA NAC: 25 ene 1969 | SEXO: M ☐ F ☒ | CC ☒ TI ☐ RC ☐ CE ☐ PAS ☐ | NUMERO: 1075235963 | EDAD

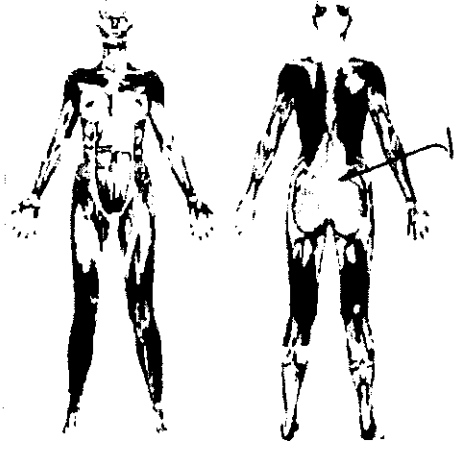
Departamento: Huila | Pais: Colombia | Municipio: La Florida | Telefono: Neiva 3226200091

DIRECCION DE RECOGIDA: AV. circunvalar cll 4 | Residencia ☐ Trabajo ☐ Otro ☒ | ENTIDAD RESPONSABLE: Previsora | POLIZA No: 13617460-3 | Placa: TLX 56D | EPS-C: Comfamiliar ☐ | Estudiantil ☐ Prepagada ☐ Vinculado ☐

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Transito ☒ | Accidente Laboral ☐ | Accidente Comun ☐ | Terrorismo ☐ | Lesion por agresion ☐ | Enfermedad General ☐ | Catastrofe ☐ | Otro ☐

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina que iba en calidad de pasajera es arrojada por una moto. | Alergias: No | Medicamentos: No | Antecedentes Patologicos: No | Ultimo Alimento: horas | Embarazo: X | Cirugias: No

SIGNOS VITALES: TA 110/65 | FC 87x' | FR 21x' | T 36,5°C | PUPILAS: D: 3 mm I: 3 mm



1. Quemadura
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

Apertura Ocular	4 Espontanea	3 A la voz	2 Al dolor	1 No hay
Respuesta Verbal	5 Orientada	4 Confusa	3 Inapropiada	2 Incomprensible	1 No hay
Respuesta Motora	6 Obedece ordenes	5 Localiza dolor	4 Retira	3 Flexion anormal	2 Extension	1 No hay

TOTAL: 15 /15

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29 (4)	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
PA sistolica	>89 (4)	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	13-15 (4)	9-12 3	6-8 2	4-5 1	3 0

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trauma en Cadera

Inmovilizacion Collar: ☐ | Inmovilizacion Cabeza: ☐ | Inmovilizacion Miembros: ☐ | Inmovilizacion Tabla: ☐ | Inmovilizacion Total: ☐

Administro: ☒ | Canulado I.V.: ☒ | Oxigeno: ☐ | Otro: ☐

Trasladado a: Clinica de fracturas | Recibido por: | Se entrega: Vivo ☒ Muerto ☐ | Firma del Paciente:

Tipo unidad: TAM | TAB

OBSERVACIONES: NJU195

Nombre del Medico: | Nombre Auxiliar: BRAYAN ORTIZ | Nombre Conductor: Yeison Diaz

9

SALUDLASER SAS
NIT 900324272
DIR Calle 18 A No 6 - 46 - TELS 8752231
EMAIL saludlaser_2010@hotmail.com

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 02/06/18 HORA 2258

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Andrea Tique Losada
IDENTIFICACION 1075235963
DIRECCIÓN B/la florida TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR 3226200491

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [ ] PEATON [X] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Bajaj Placa TLX 56D
Poliza No. 13617460-3 Aseguradora Previbora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente femenina que iba en calidad de peaton es arrollada por una mto.

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Peaton-Moto

En micondición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañias de seguros responsables de SOAT.
Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Andrea Tique Losada
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C 1075235963

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075235963
NOMBRES	JUDY ANDREA
APELLIDOS	TIQUE LOSADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO	23/11/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/03/2018 03:37:39	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Judy Andrea tique No. Documento de Identidad 1075235963

Edad 29 Sexo F Dirección Domicilio Barrio la Florida Neiva Teléfono 3226200091

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Edmer Herrera Avila No. Documento de Identidad 7697663

Edad 45 Sexo M Dirección Domicilio Barrio loma de la cruz Ciudad Neiva Teléfono 3188XXX192

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Boxer Placa TLX56D Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004101494000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 02-06-18 Hora 22:58

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante ____ Peatón ✓	Av. Circunvalar con cll 4

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Judy Andrea tique venia caminando la calle en calidad de peatón cuando fui arrollada por una moto de placa TLX56D.

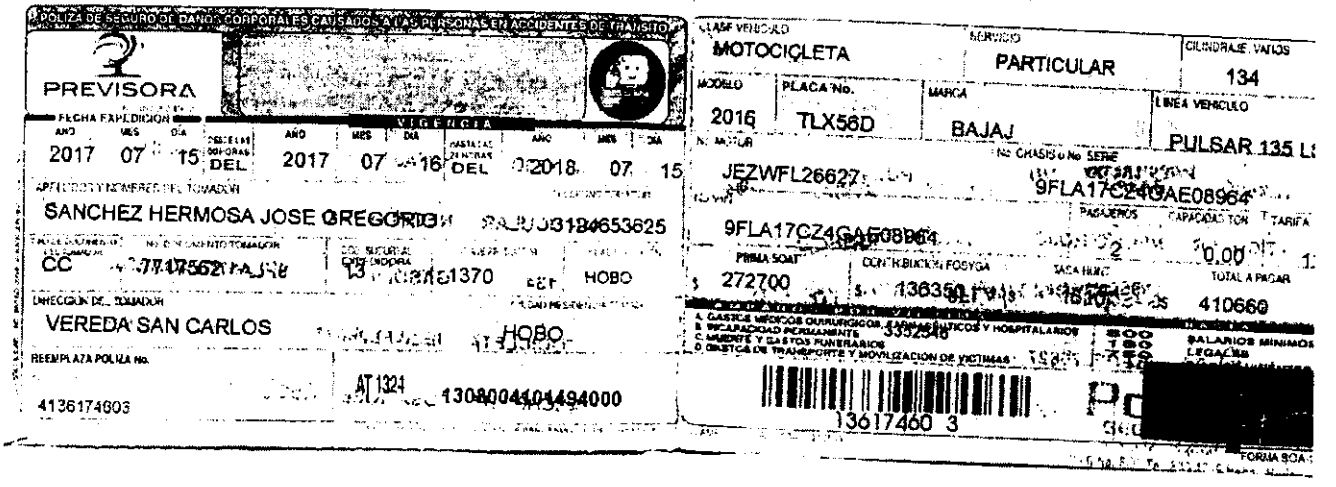
5. VERIFICACIÓN DE DATOS:

Yo Judy Andrea tique identificado con c.c. 1075235963 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Aceplo en la ciudad de Neiva Fecha y hora 02-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima Nombre	Huella	Firma Acompañante Nombre	Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION: 2017 07 15 | DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2017 07 16 | HASTA LAS 24 HORAS DEL: 2018 07 15

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: SANCHEZ HERMOSA JOSE GREGORIO

CC | SUCURSAL: HOBO

DIRECCION DEL TOMADOR: VEREDA SAN CARLOS | CIUDAD: HOBO

REEMPLAZA POLIZA No.: 4136174603 | AT 1324 | 1308004401494000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA | SERVICIO: PARTICULAR | CILINDRAJE: VATIOS 134

MODELO: 2016 | PLACA No.: TLX56D | MARCA: BAJAJ | LINEA VEHICULO: PULSAR 135 LS

No. MOTOR: JEZWFL26627 | No. CHASIS o No. SERIE: 9FLA17CZ4GAE08964

VIN: 9FLA17CZ4GAE08964 | PASAJEROS: 2 | CAPACIDAD TON: | TARIFA: 0,00

PRIMA SOAT: $ 272700 | CONTRIBUCION FOSYGA: $ 136360 | IVA: $ 1 | TOTAL A PAGAR: 410660

A. CLASE DE MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES

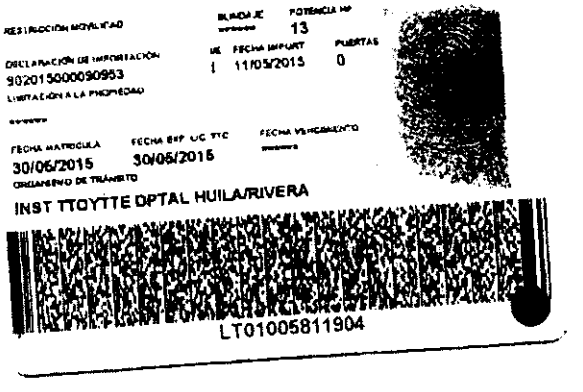
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 180 SALARIOS MINIMOS LEGALES

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 180 SALARIOS MINIMOS LEGALES

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS: 180 SALARIOS MINIMOS LEGALES

13617460 3

FORMA SOAT



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE: 13 | POTENCIA HP:

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902015000090953 | MODELO: | FECHA IMPORT: 11/05/2015 | PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRICULA: 30/06/2015 | FECHA RUT O C TTO: 30/06/2015 | FECHA VENCIMIENTO:

ORGANISMO DE TRANSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01005811904

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075235963 **ADMISION N_:** 50517

NOMBRE: TIQUE LOSADA JUDY ANDREA **EDAD:** 29 A **F. NACI:** 89.01.25 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: BARRIO LA FLORIDA **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3226200091 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 02/06/2018 23:30

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUE ES ARROLLADA POR MOTO DE PLACAS TLX56D

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PEATON TRAIDA EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, INGRESA MOJADA POR LO QUE SE ORDENA RETIRAR TODAS LAS PRENDAS, ACEPTA ESTAR INGIRIENDO ALCOHOL

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: REFIERE DOLOR EN CADERAS * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.02-23:39:46>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 50517

NO RESPONDE DE MANERA ADECUADA

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 100/63 **FC:** 97 **FR:** 19 **T:** 36. **SO2:** 97 **PESO:** 70 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** SI

E.CONCIENCIA: ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) **AO:** 3 **RM:** 6 **RV:** 4 **GLASGOW** (13)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes. NO SE EVIDENCIAN LESIONES

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion. RESPUESTA DOLOROSA A LA PALPACION DE CINTURA PELVICA

EXTREMIDADES

DOLOR A LA PALPACION DE REGION LUMBOSACRA EXTREMIDADES: Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++), ALIENTO ALCOHOLICO, RUBICUNDEZ FACIAL, INYECCION CONJUNTIVAL, DISARTRIA, NISTAGMUS ESPONTANEO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075235963 ADMISION N : 50517

NOMBRE: TIQUE LOSADA JUDY ANDREA **EDAD:** 29 A **F. NACI:** 89.01.25 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: BARRIO LA FLORIDA **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3226200091 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 02/06/2018 23:30

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S300 CONTUSION DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

Y919 EMBRIAGUEZ CLINICA

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.02-23:39:49>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50517

*** PLAN ***

LLEVAR A IMAGENOLOGIA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

--->><<18.06.03-00:31:09>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50517

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX COLUMNA LUMBOSACRA Y RX PELVIS SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.06.03-00:35:54>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50517

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS. PACIENTE YA DESPIERTA, OBEDECE ORDENES, NO DEFICIT NEUROLOGICO. SE DA SALIDA CON INDICACIONES MEDICAS

*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

HIELO LOCAL Y REPOSO
CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075235963 **ADMISION N_:** 50517

NOMBRE:TIQUE LOSADA JUDY ANDREA **EDAD:** 29 A **F. NACI:**89.01.25 **SEXO:**F **ESTRATO:**1 **EC:**U

DIRECCION: BARRIO LA FLORIDA **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:**3226200091 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:**SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 02/06/2018 23:30

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 10

IBUPROFENO TABLETAS, TOMARSE 1 (UNA) TABLETA CADA 8 HORAS, PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA
ACETAMINOFEN TABLETAS, TOMARSE 2 (DOS) TABLETAS CADA 8 HORAS (6AM 2PM 10 PM)

--->><<18.06.03-00:36:33>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50517
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.03-00:36:21 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

--->><<18.06.03-00:53:49>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 50517
*** EVOLUCION ***

NOTA ACLARATORIA. SE ADICIONA DICLOFENAC QUE FUE ADMINISTRADO SURANTE LA ATENCION

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG / 3ML CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S300 CONTUSION DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
Y919 EMBRIAGUEZ CLINICA

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA:**18.06.03 **HORA:**00:36:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 50517

CC 1075235963

NOMBRE:TIQUE LOSADA JUDY ANDREA **EDAD**: 29 A **F. NACI**:89.01.25 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:BARRIO LA FLORIDA **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3226200091 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 02/06/2018 23:30

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Médico y Cirujano
RM 0987/03

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11793

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
A PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11471	NEIVA,15-Ago-2018	11:10:10
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.14

NTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
01	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7717680	FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES**	**AT1324138239584**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	**Sub_total**	**Total a Pagar**
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldloser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.474

CARTERA

Resolución 01915 29 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16907 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Vehículo Placa No. IIF 370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido CC C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7717880	DIEGO	ANDRES	FERNANDEZ	FIGUEROA
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección CV 7 CL 7 Zona U R

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporta Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 3 0 6 2 0 0 8 A las 1 0 : 0 0

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de fracturas y ortopedia

NIT 800110181-0 Código de habilitación 4100100466 01

Dirección Calle 15 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756347

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es clara y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

16766778

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

524

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17203

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 06 DIA 13

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: RL598B

No. DE POLIZA: 13241387230584

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Ruiz C.C. (0)75754883 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cra 7 c/ 7 HASTA: clínica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 10:11 Bacinilla

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HCY310

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Diego Andres Fernandez Figueroa IDENTIFICADO CON C.C. No. 7717680 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Salvasur S.A.S

29731

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
13		10	10	10	R A N V B

No HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	

FECHA NAC | SEXO M [X] F [ ] | C.C [X] T.I. [ ] R.C. [ ] C.E [ ] | PAIS [ ] | NUMERO | EDAD 35

RESIDENCIA ACTUAL: Direccion: | Barrio: | Municipio: | Departamento: | Pais: | Telefono

DIRECCION DE ATENCION: Residencia [ ] Trabajo [ ] Via publica [X] Otros [ ] Carretera [ ] Cual: | ASEGURADORA RESPONSABLE | POLIZA No | EPS-C | EPS-S [X] | Estudiante [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ] | Placa: 159480

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO:
- [X] Accidente Transito
- [ ] Accidente Laboral
- [ ] Accidente Comun
- [ ] Terrorismo
- [ ] Lesion por agresion
- [ ] Enfermedad General
- [ ] Catástrofe
- [ ] Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Alergias:

Medicamentos:

Antecedentes Patalógicos:

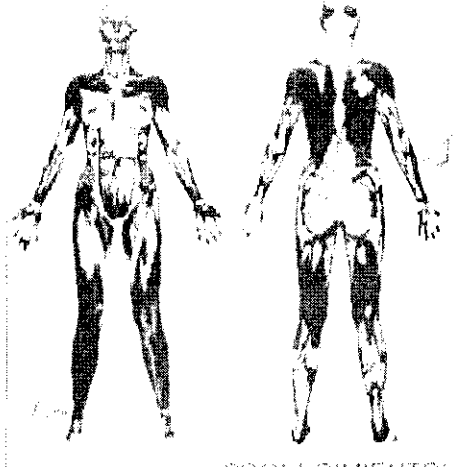
Ultimo Alimento: horas Embarazo

Cirugias:

EXAMEN FISICO: TA | FC | FR | T

NEUROLOGICO: PUPILAS D mm I mm

RM	6	Obedece	4	Retira	2 Extension
	5	Localiza	3	Flexion anormal	1 No hay
RV	5	Orientada	3	Inapropiada	1 No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible	
AO	4	Espontanea	2	Al dolor	TOTAL /15
	3	Al llamado	1	No hay	



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Presistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

- [ ] Cateterismo
- [ ] Aspiracion
- [ ] Oxigenacion
- [ ] Inmovilizacion
- [ ] ventilacion
- [ ] RCP
- [ ] Intubacion
- [ ] Pericardiocentesis
- [ ] Reanimacion MSS
- [ ] Atencion parto
- [ ] Monitoreo
- [ ] Liquidos I.V
- [X] Asepsia
- [ ] Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA:

Traslado a:

Recibido por:

Se entrega Vivo [X] Muerto [ ]

Firma del Paciente

Dra. Ana Maria [illegible]
Medico General
CC 1091667628

Tipo unidad | TAM | TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar:

Nombre Conductor:

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TEL C: 3252241
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 13 - 06 - 18 HORA 10 : 11

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DIEGO ANDRES FERNANDEZ F

IDENTIFICACION 7717680

DIRECCION 1550 # 1 127 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3173783724

CONDICION DEL PACIENTE: CONDUCTOR X PEATON OCUPANTE

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Marca Placa

Poliza No. Aseguradora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Pta conductor de moto el cual colisiona cuando un taxi abrio la puerta accidentado

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

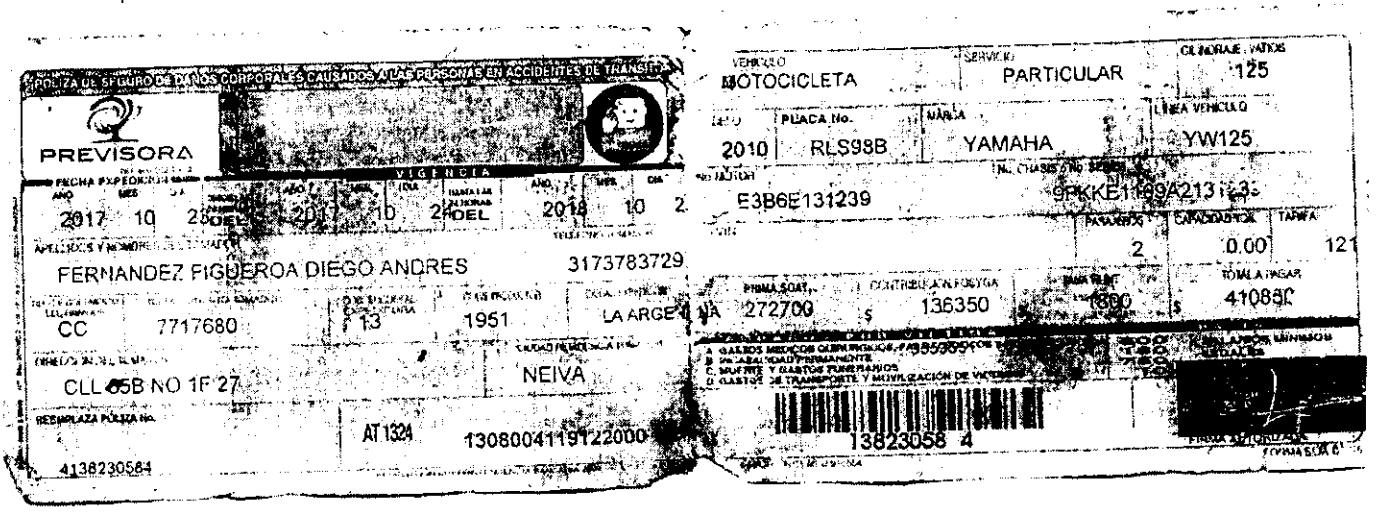
En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C



PREVISORA

FECHA EXPEDICION: 2017 10 2 DEL — VIGENCIA: 2017 10 2 DEL — 2018 10 2

FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES 3173783729

CC 7717680 — 13 — 1951 — LA ARGE

CLL 65B NO 1F 27 — NEIVA

AT1324 — 13080041191220000

4138230564

VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE: 125

PLACA No.: RLS98B — MARCA: YAMAHA — LINEA VEHICULO: YW125

MODELO: 2010

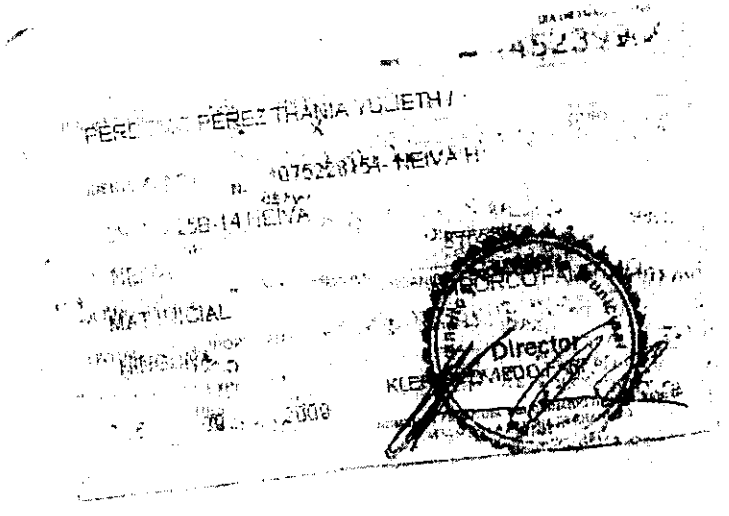
E3B6E131239

9PKKE1189A213[illegible]

PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT: 272700 — CONTRIBUCION FONSYGA: 136350 — TOTAL A PAGAR: 410850

13823058 4

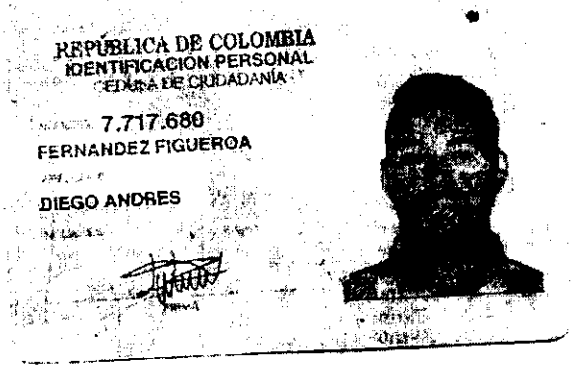


PERE PEREZ TRANIA YULIETH

NEIVA H

MATRICULA

Director



REPÚBLICA DE COLOMBIA

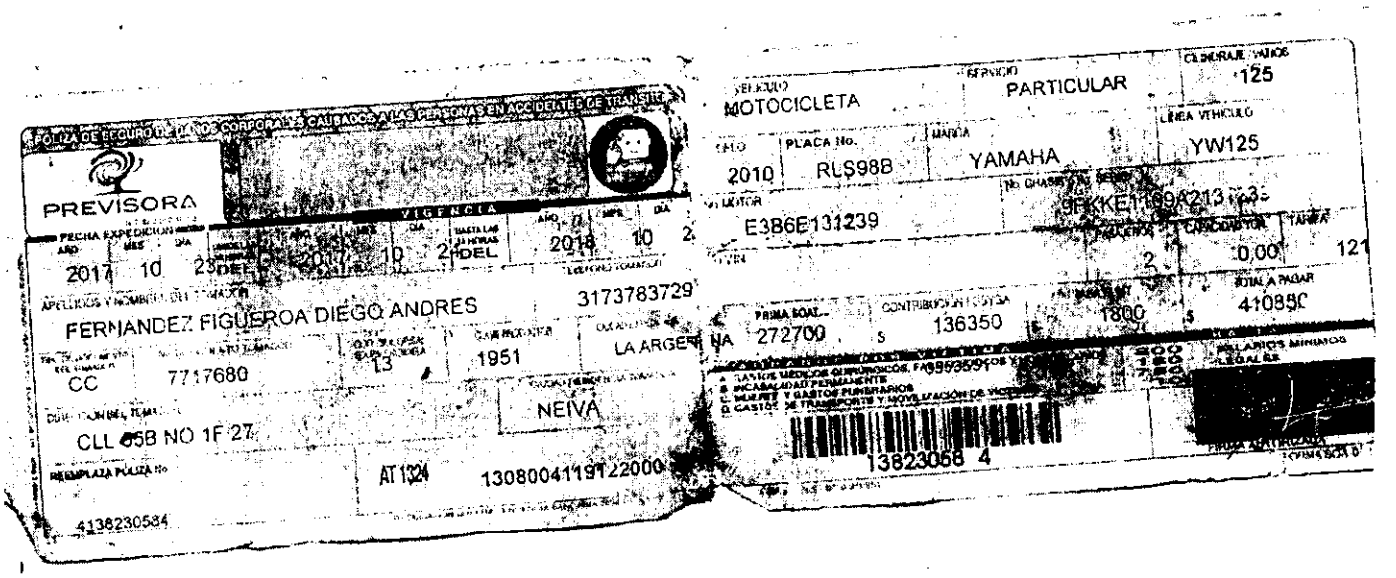
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

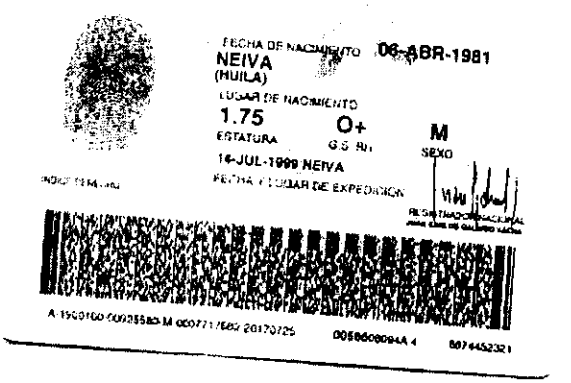
7.717.680

FERNANDEZ FIGUEROA

DIEGO ANDRES


PREVISORA
VIGENCIA
FECHA EXPEDICION 2017 10 23
2018 10 2
FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES 3173783729
CC 7717680 13 1951 LA ARGE
CLL 65B NO 1F 27 NEIVA
AT1324 13080041191 22000
4136230584
MOTOCICLETA PARTICULAR
2010 RLS98B YAMAHA YW125
E3B6E131239
PRIMA SOAT 272700 CONTRIBUCION FONSA 136350
13623058 4

RLS98B YAMAHA YW125 125
MOTOCICLETA NEGRO
PARTICULAR TURISMO
E3B6E
MEDELLIN


FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1981
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
14-JUL-1999 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
0058600944 4
5074452321

DECLARACIÓN DE SINIESTROS

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Diego Fernandez Figueroa No. Documento de Identidad 7717680

Edad 37 Sexo M Dirección Domicilio Cll 55B # 1F-27 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3173788372

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Diego Fernandez Figueroa No. Documento de Identidad 7717680

Edad 37 Sexo M Dirección Domicilio Cll 55B # 1F-27 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3173788372

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Yamaha Placa R L S 98 B Vehículo Moto

Aseguradora [illegible] Póliza No. 1308004 114122000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 13-06-18 Hora 10 + 17

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante Peatón	CV 7 con Cll 7.

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la relación de los hechos

YO DIEGO en calidad de conductor de la moto de placas que al colisionar con un taxi caigo sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Diego Andres Fernandez Figueroa identificado con c.c. 7717680.

declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 13-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Paciente no puede firmar

Firma Victima Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 51185

CC 7717680

NOMBRE: FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES **EDAD:** 37 A **F. NACI:** 81.04.06 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 55B NO 1F 27 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3173783729 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 13/06/2018 10:35

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS RLS98B QUE AL COLISIONAR CON UN TAXI CAE SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLTA AL COLISIONAR CON TAXI QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.13-10:40:35>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 51185

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NO REFIERE**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 140/85 **FC:** 85 **FR:** 22 **T:** 36 **SO2:** 99 **PESO:** 70 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no se lesa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVODENCIA HERIDA EN FORMA DE V DE 3 CM EN CARA EXTERNA DE ANTEBRAZO DERECHO, CON DOLOR A LA PALPACION EN ANTEBRAZO DERECHO. DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE PIE DERECHO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51185

CC 7717680

NOMBRE: FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES **EDAD:** 37 A **F. NACI:** 81.04.06 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 55B NO 1F 27 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3173783729 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** S1

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/06/2018 10:35

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S501 CONTUSION ANTEBRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S518 HERIDAS ANTEBRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

S901 CONTUSION DE PIE DERECHO

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.13-10:40:39>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51185

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 1 50 MG SC DOSIS UNICA

TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALA DE CURACIONES

- CURACIONES DE HERIDAS
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

--->><<18.06.13-11:16:07>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51185

*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES DIAGNOSTICAS, POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIAS:

1. ANTEBRAZO DERECHO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
2. PIE DERECHO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51185

CC 7717680

NOMBRE: FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES **EDAD:** 37 A **F. NACI:** 81.04.06 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 55B NO 1F 27 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3173783729 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/06/2018 10:35

--->><<18.06.13-11:17:59>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51185

*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE SUTURAS
SUTURA
EN SALA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA, ANTISEPSIA Y ANESTESIA LOCAL SE SUTURA HERIDA EN ANTEBRAZO DERECHO CON PROLENE 3-0, SIN COMPLICACIONES.

--->><<18.06.13-13:00:00>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51185

*** EVOLUCION ***

SE ATIENDE PACIENTE Y LUEGO DE EXAMEN FISICO REFIERE QUE DESEA IRSE DE LA INSTITUCION POR QUE DEBE REALIZAR DILIGENCIAS URGENTES CON LOS AGENTES DE TRANSITO, PACIENTE NO ESPERA CONCEPTO DEL ORTOPEDISTA DE TURNO. SE LE EXPLICA QUE AL ABANDONAR LA CLINICA EN CONTRA DE LAS RECOMENDACIONES MEDICAS SE HACE RESPONSABLE POR CUALQUIER COMPLICACION O DAÑO QUE PUEDA PRESENTAR A SU SALUD. EL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE ENTIENDEN Y ACEPTAN. SE FIRMA FORMATO DE RETIRO VOLUNTARIO PARA CONSTANCIA.

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 2018.06.13-12:59:52 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S501 CONTUSION ANTEBRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S518 HERIDAS ANTEBRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S901 CONTUSION DE PIE DERECHO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51185

CC 7717680

NOMBRE:FERNANDEZ FIGUEROA DIEGO ANDRES **EDAD**: 37 A **F. NACI**:81.04.06 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 55B NO 1F 27 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3173783729 **ZONA**:U

OCUPACION:99 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 13/06/2018 10:35

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.06.13 **HORA**:12:59:5

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
C.C. 1091867678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

7

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11852

TIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11530	NEIVA,21-Ago-2018	11:53:55
IECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.20
ITRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**	
	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: VICTORIA CARDOSO LEONARDO	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: VICTORIA CARDOSO LEONARDO

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7714071	VICTORIA CARDOSO LEONARDO	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: VICTORIA CARDOSO LEONARDO**	**at1324141960943**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

RECIBIDO
COMPAÑIA PREVISORA
24 AGO 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Salvdlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16945 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N.I. (X) Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica (X) Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No. [illegible]370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección [illegible] Zona U (X) R ( )

Departamento [illegible] Cod. [illegible]

Municipio [illegible] Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día [illegible] A las [illegible]

Nombre IPS que atendió la victima [illegible]

NIT [illegible] Código de habilitación [illegible]

Dirección [illegible]

Departamento Huila Cod. 41 Télefono [illegible]

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

537

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17033

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:			

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO

No. DE POLIZA

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) _____ C.C. _____ DE _____

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: _____ HASTA: _____

TIPO DE TRANSPORTE:

[1] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. _____

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR _____

_____ IDENTIFICADO CON C.C. No. _____ DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

HISTORIA CLINICA

30002

HORA DESPACHO HORA LLEGADA HORA ENTREGA PRIORIDAD

R A N V B

ID HISTORIA CLINICA

Ter apellido Ape gundo

FECHA NACTO SEXO M F C C T I R C C E NUMERO EDAD

RESIDENCIA ACTUAL Direccion Departamento Barrio Pais Municipio Telefono

DIRECCION DE PROCEDENCIA Vereda Manzana Casa Salvo Cual SEGURIDAD SOCIAL Nombre EPS Plan Estudiantil Prepagada Vinculado

CAUSA DE LA EMERGENCIA Accidente Transito Accidente Laboral Accidente Comun Tentativa Lesion por agresion Enfermedad General Catastrofe Otro

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre

Documento

Acompañantes Patologicos

Ultimo Alimento horas Embarazo

Alergias

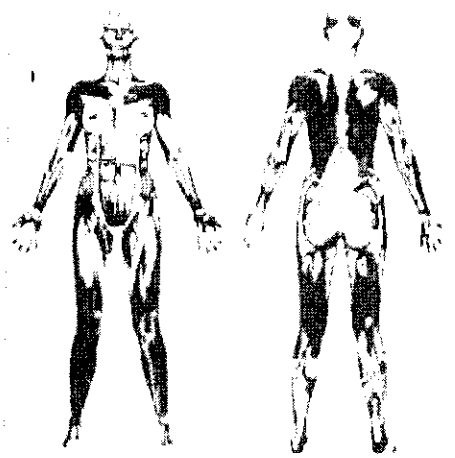
EXAMEN FISICO TA FC FR T

NEUROLOGICO PUPILAS D. mm I mm

E 6 Ordenes 4 Abierta 2 Extension
5 Localiza 3 Flexion anormal 1 No hay

R 5 Orientado 3 Inapropiada 1 No hay
4 Confusa 2 Incomprensible

A 4 Espontanea 2 Al dolor TOTAL
3 Al llamado 1 No hay /15



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratoria	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Cardiovascular	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

Cuba Cervical
Aplicación
Oxigeno
Inmovil
Ventilacion
RCP
Intubacion
Canalizacion Vena
Canalizacion Mixta
Canalizacion Intra
Monitoreo
Liquidos I V
Ampolla
Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA

Transportado
Recibido por
Se entrega Vivo Muerto

Firma del Paciente

Dr. Angelo Tovar
Medico Cirujano
C.C. 7726132 R.M. 358

AM
TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico Nombre Auxiliar Nombre Conductor

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 10 A N° 6-46 - TELS: 8752231

EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 25-06-18 HORA 1231

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Leonardo victoria condozo

IDENTIFICACION 7714071

DIRECCIÓN cr 33 #20-58 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3213993717

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (V) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo MOTO Marca YAMAHA Placa RVE-84E

Poliza No. 1324-1741960743 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Pte que iba como conductor de moto y se accidenta contra la puerta de un carro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Leonardo victoria condozo

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 7714071

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

POLIZA DE SEGUROS DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA
2018	05	12	2018	05	13	2019	05	12

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CASTRO SANCHEZ MARIBEL — TELEFONO: 3125148739

CC 36301017 — 13 — 1976 — NEIVA

DIRECCION: CARRERA 21 N 17 A 25 — NEIVA

RELEVA PLACA POLICA No: 4141960943 — AT 1324 — 1308004159857000

SERVICIO	CLASE DE VEHICULO	CILINDRAJE
PARTICULAR	MOTOCICLETA	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2019	RVE84E	KYMCO	KYMCO TWIST

No. MOTOR: KA25B1018228 — No. CHASIS o No. SERIE: 9FLKAGBA5KCD17229

VIN: 9FLKAGBA5KCD17229

PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

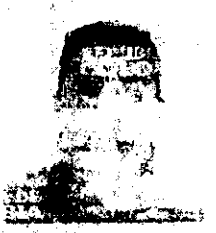
AMPARACION PRIMERA

A GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMOS
B INCAPACIDAD PERMANENTE — 150
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 750
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS — 10

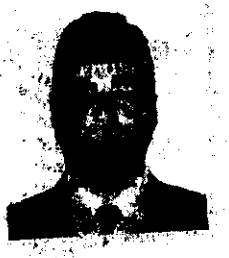
14196094 3

FIRMA AUTORIZADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 36.301.017
CASTRO SANCHEZ
APELLIDOS
MARIBEL
NOMBRES
MARIBEL CASTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.719.[illegible]
VICTORIA CARDOSO
APELLIDOS
LEONARDO
NOMBRES
Leonardo Victoria Cardoso
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10016085212

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
RVE84E	KYMCO	KYMCO TWIST	2019

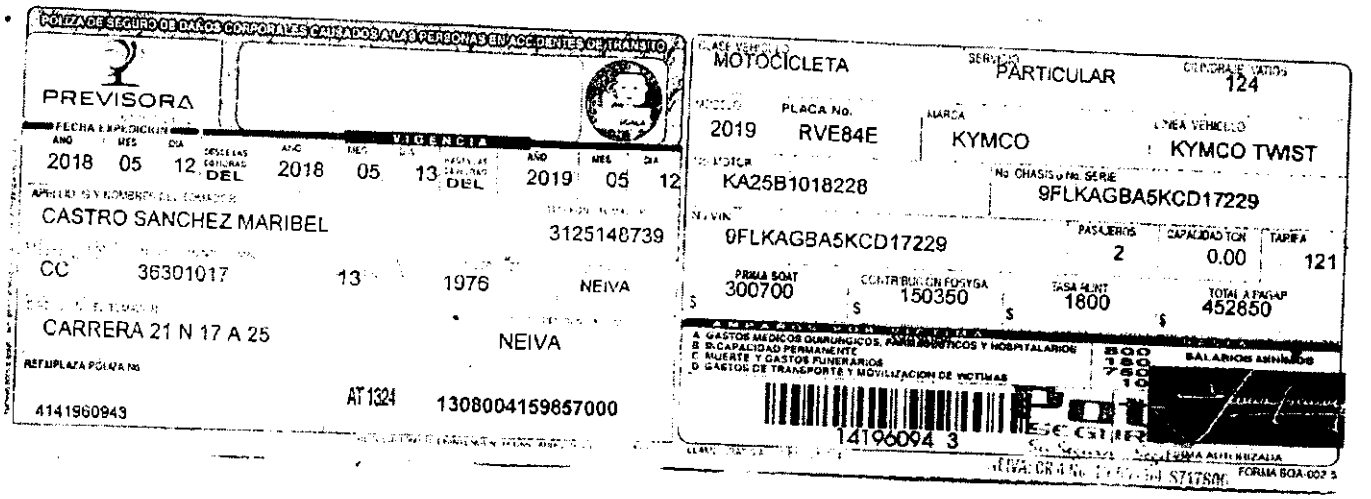
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR: KA25B1018228 — REG: N — VIN: 9FLKAGBA5KCD17229

NUMERO DE SERIE: 9FLKAGBA5KCD17229 — REG: N — NUMERO DE CHASIS: 9FLKAGBA5KCD17229 — REG: N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE(S): CASTRO SANCHEZ MARIBEL — IDENTIFICACION: C.C. 36301017



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 MES 05 DÍA 12 — DESDE LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2018 MES 05 DÍA 13 — HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2019 MES 05 DÍA 12

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CONDUCTOR: CASTRO SANCHEZ MARIBEL — TELÉFONO: 3125148739

CC 36301017 — 13 — 1976 — NEIVA

DIRECCIÓN DEL CONDUCTOR: CARRERA 21 N 17 A 25 — NEIVA

REFRENDADA POLIZA No: 4141960943 — AT 1324 — 1308004159857000

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE / TONELAJE: 124

MODELO: 2019 — PLACA No.: RVE84E — MARCA: KYMCO — LÍNEA VEHÍCULO: KYMCO TWIST

No. MOTOR: KA25B1018228 — No. CHASIS o No. SERIE: 9FLKAGBA5KCD17229

No. VIN: 9FLKAGBA5KCD17229 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

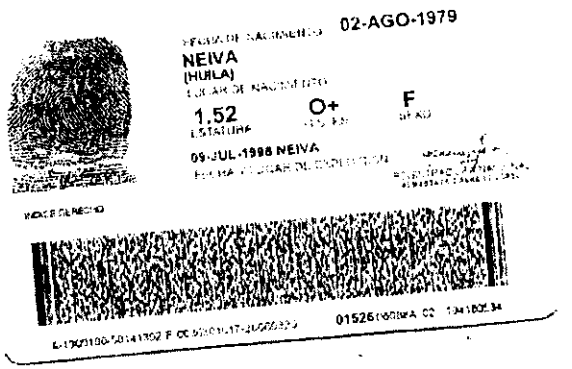
PRIMA SOAT: $ 300700 — CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 150350 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 452650

AMPARA:
A GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MÍNIMOS
B INCAPACIDAD PERMANENTE — 150
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 750
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS — 10

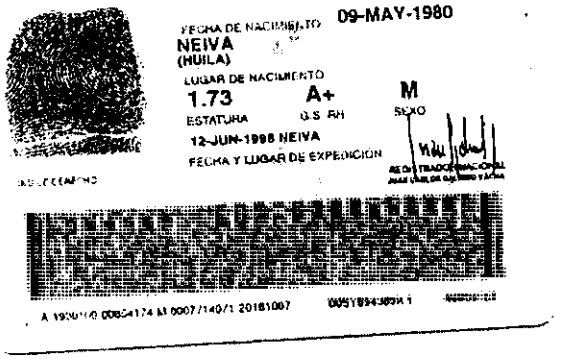
14196094 3

FIRMA AUTORIZADA

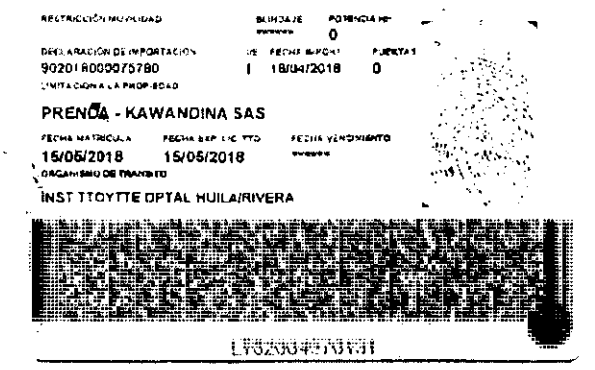
FORMA BOA-002 S



FECHA DE NACIMIENTO: 02-AGO-1979
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 — ESTATURA
O+ — G.S. RH
F — SEXO
09-JUL-1998 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



FECHA DE NACIMIENTO: 09-MAY-1980
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 — ESTATURA
A+ — G.S. RH
M — SEXO
12-JUN-1998 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



RESTRICCIÓN MOVILIDAD — CILINDRAJE: ***** — POTENCIA HP: 0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 90201R000075780 — DE — FECHA MATRÍCULA: 18/04/2018 — PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - KAWANDINA SAS
FECHA MATRÍCULA: 15/05/2018 — FECHA EXP. LIC. TTO: 15/05/2018 — FECHA VENCIMIENTO: *****
ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7714071 **ADMISION N :** 52058

NOMBRE: VICTORIA CARDOSO LEONARDO **EDAD:** 38 A **F. NACI:** 80.05.09 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 33 NO 2 D 58 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3213993717 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 25/06/2018 13:19

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS RVE84E QUE COLISIONA CON LA PUERTA DE UN CARRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO ABRASIONES,

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.25-13:21:19>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52058

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/70 **FC:** 72 **FR:** 18 **T:** **SO2:** 98 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

ABRASION EN CODO Y ANTEBRAZO DERECHO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7714071 ADMISION N_: 52058

NOMBRE:VICTORIA CARDOSO LEONARDO EDAD: 38 A F. NACI:80.05.09 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CRA 33 NO 2 D 58 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3213993717 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO D01 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 25/06/2018 13:19

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.25-13:21:22>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52058

*** PLAN ***

CURACION DE ABRASIONES

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION

--->><<18.06.25-14:59:19>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52058

*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA TRANQUILO, DEAMBULANDO, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONE SGENERALES,

--->><<18.06.25-14:59:28>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52058

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.25-14:59:23 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

st.Salida:ALTA DE URGENCIAS

TADO A LA SALIDA: VIVO FECHA: 18.06.25 HORA: 14:59:2

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7714071 ADMISION N : 52058

NOMBRE:VICTORIA CARDOSO LEONARDO EDAD: 38 A F. NACI:80.05.09 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CRA 33 NO 2 D 58 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3213993717 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 25/06/2018 13:19

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11867

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11545	NEIVA,21-Ago-2018	12:13:36
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.20
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: ACEVEDO ARCINIEGAS JUAN C		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: ACEVEDO ARCINIEGAS JUAN CAMILO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076311477	ACEVEDO ARCINIEGAS JUAN CAMILO	**Direccion:** ?		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: ACEVEDO ARCINIEGAS JUAN CAMILO**	at1324139051290	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci?n Numeraci?n de Facturaci?n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

PAG. 1

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saludloser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ _____
ABONO 2 $ _____
GLOSA ACEPT _____
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 26 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16941 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. NIT X | Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica ☐ Ambulancia Medicada ☐

Vehículo Placa No. HFV 370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido X C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075311497	JUAN	CAMILO	ACEVEDO	RINCON
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X ☐ Evento Catastrofico ☐ Evento Terrorista ☐

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cl 43 cr 2W Zona U ☐ R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 2 2 0 6 2 0 1 8 A las 1 1 3 2

Nombre IPS que atendió la victima clinica fracturas y ortopedia

NIT 800 [illegible] 519 Código de habilitación 410010046601

Dirección cl 43 # 6-05

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8716314

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

[illegible]

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

[illegible]

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

[illegible]

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios ☐☐☐

548

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17029

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 2014 MES 07 DIA 22

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO _____

No. DE POLIZA 1324351

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) _____ C.C. _____ DE _____

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: _____ HASTA: _____

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. _____

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR _____

_____ IDENTIFICADO CON C.C. No. _____ DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SolucionesS.A.S.

HISTORIA CLINICA PREHOSPITALARIA

29798

FECHA | HORA DESPACHO | HORA LLEGADA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

Primer apellido | Segundo apellido | Nombres

FECHA NAC. | SEXO M F | C.C. T.I. R.C C.E PAS. | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Direccion | Barrio | Municipio. | Departamento: | Pais. | Telefono

DIRECCION DE ATENCION | Residencia Via publica Consulta | Trabajo Otros Cual: | ASEGURADORA | POLIZA No. | EPS-C | EPS-S | Placa: | Estudiantil Prepagada Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Transito, Accidente Laboral, Accidente Comun, Terrorismo, Lesion por agresion, Enfermedad General, Catastrofe, Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias:

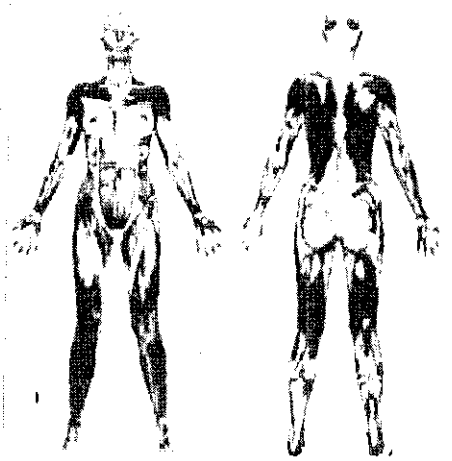
Medicamentos:

Antecedentes Patologicos

Ultimo Alimento horas Embarazo

Cirugias:

EXAMEN FISICO TA FC FR T



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsión
11. Dolor

NEUROLOGICO PUPILAS D mm I mm

R.M. 6 Obedece 5 Localiza 4 Retira 3 Flexion anormal 2 Extension 1 No hay

R.V. /5 Orientada 4 Confusa 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 No hay

A.O. /4 Espontanea 3 Al llamado 2 Al dolor 1 No hay

TOTAL /15

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratoria	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical, Aspiracion, Oxigenacion, Inmovilizacion, Ventilacion, RCP, Desfibrilacion, Intubacion Nasal, Intubacion Oral, Canalizacion, Monitoreo, Liquidos I.V., Adosado, Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA

Traslado a

Recibido por:

Se entrega Vivo Muerto

Firma del Paciente

Dr. Angelo Tovar Medico Cirujano R.M. unidad

TAM

TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Nombre Conductor:

Saludlaser

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 22-06-18 HORA 12:15

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Juan camilo Acevedo A

IDENTIFICACION 1075311477

DIRECCION cl 58 # 18c-24 TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3213049662

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [V] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo moto Marca Honda Placa THE-96C

Poliza No. 1224-1390 51290 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Pte conductor de moto y colisiona con otra moto

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Juan camilo acevedo

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

CC 1075 31 477

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

PREVISORA

2017 12 12 DEL 2017 12 13 DEL - 2018 12 1

ARCINIEGAS CRUZ MARCELA 3214039662

CC 26425922 NEIVA

CALLE 58 NO 10 C 34 NEIVA

130800412914 1000

MOTOCICLETA PARTICULAR 113

2013 THE96C SUZUKI VIVA R 115

E470ID907256 MH8BE4DUADJ103280

MH8BE4DUADJ103280 2 0.00 121

272700 $ 136350 $ 1800 $ 410850

3657845

13905129 0

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10004556983

THE96C SUZUKI VIVA R 115 2013

113 AZUL PARTICULAR

MOTOCICLETA TURISMO GASOLINA 2

E470ID907256

MH8BE4DUADJ103280

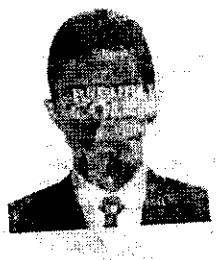
ARCINIEGAS CRUZ MARCELA C.C. 26425922

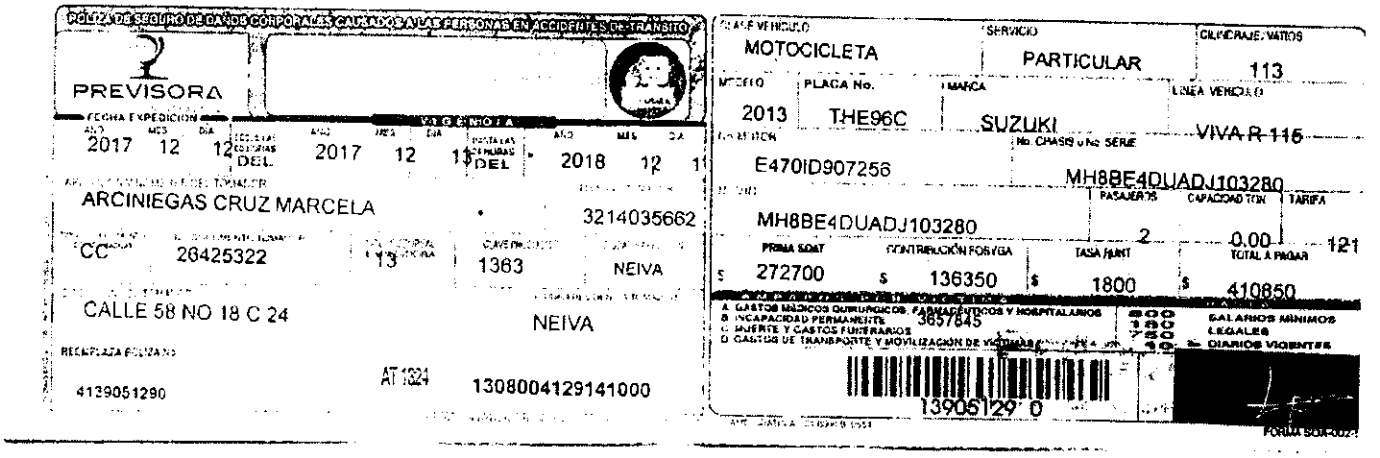
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.075.311.477
ACEVEDO ARCINIEGAS

JUAN CAMILO

Juan Camilo Acevedo





POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION 2017 12 12 — DEL 2017 12 11 — HASTAS LAS 24 HORAS DEL 2018 12 11

ARCINIEGAS CRUZ MARCELA — 3214035662

CC 26425322 — 13 — 1363 — NEIVA

CALLE 58 NO 18 C 24 — NEIVA

4139051290 — AT1324 — 1308004129141000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE/VATIOS: 113

MODELO: 2013 — PLACA No.: THE96C — MARCA: SUZUKI — LINEA VEHICULO: VIVA R 115

No. MOTOR: E470ID907256 — No. CHASIS o No. SERIE: MH8BE4DUADJ103280

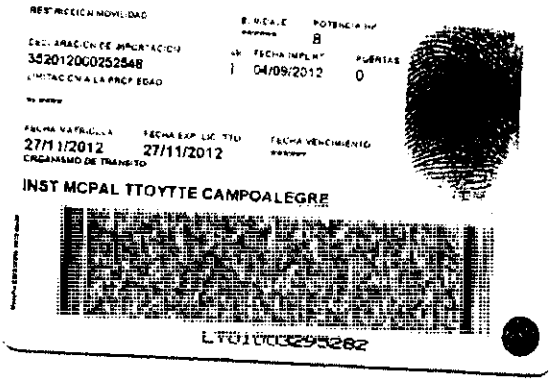
VIN: MH8BE4DUADJ103280 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT $ 272700 — CONTRIBUCIÓN FOSYGA $ 136350 — TASA RUNT $ 1800 — TOTAL A PAGAR $ 410850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 365645 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS 10 DIARIOS VIGENTES

13905129 0

FORMA SOAT-0021



RESTRICCION MOVILIDAD

DECLARACION DE IMPORTACION 352012000252548

LIMITACION A LA PROPIEDAD

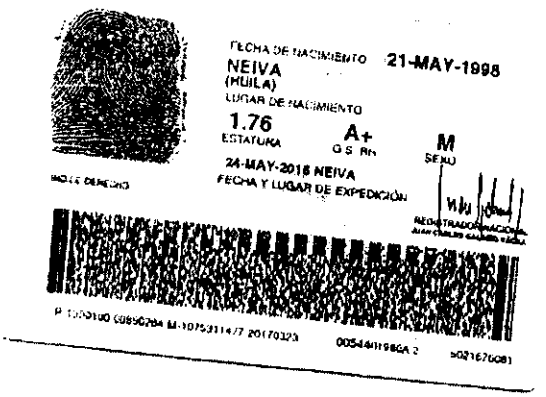
CILINDRAJE 8 — FECHA IMPLIC 04/09/2012 — PUERTAS 0

FECHA MATRICULA 27/11/2012 — FECHA EXP. LIC. TTO 27/11/2012 — FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRANSITO

INST MCPAL TTOYTTE CAMPOALEGRE

L T01000295282



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1998

NEIVA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA — A+ G.S. RH — M SEXO

24-MAY-2016 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

0054401986A 2 — 0021670081

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075311477 ADMISION N : 51881

NOMBRE:ACEVEDO ARCINIEGAS JUAN CAMILO EDAD: 20 A F. NACI:98.05.21 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 58 NO 18 C 24 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3214035662 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 22/06/2018 12:42

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS THE96C CUANDO COLISIONA CON OTRA MOTO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN ANTEBRAZO DERECHO,

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.22-12:45:13>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 51881

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/70 FC: 72 FR: 18 T: SO2: 98 PESO: TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

DOLOR A LA PALPAICON DEL ANTEBRAZO DERECHO, ABRASION EN ACRA EXTERNA DE ANTEBRAZO DERECHO, ABRASION EN CARA ANTERIOR DE RODILLA DERECHA,

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075311477 **ADMISION N :** 51881

NOMBRE: ACEVEDO ARCINIEGAS JUAN CAMILO **EDAD:** 20 A **F. NACI:** 98.05.21 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 58 NO 18 C 24 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3214035662 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 22/06/2018 12:42

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S507 TRAUMA ENL ANTEBRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.22-12:45:16>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51881
*** PLAN ***

ANALGESIA
CURACION

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

--->><<18.06.22-13:09:46>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51881
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE ANTEBRAZO DERECHO SE OBSERVA NORMAL

--->><<18.06.22-13:12:10>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51881
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORINETADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON REOCMNEDACIONES GENERALES,

*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LOCAL
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR GARCIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***
1

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075311477 ADMISION N : 51881

NOMBRE:ACEVEDO ARCINIEGAS JUAN CAMILO EDAD: 20 A F. NACI:98.05.21 SEXO:M ESTRATO:1 EC:O
DIRECCION: CLL 58 NO 18 C 24 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3214035662 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 22/06/2018 12:42

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.06.22-13:12:28>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51881
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.22-13:12:13 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S507 TRAUMA ENL ANTEBRAZO DERECHO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS FECHA: 18.06.22 HORA: 13:12:1
ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 3 DIAS

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11874

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11552	NEIVA,21-Ago-2018	12:24:08
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.20
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**	
01	01 SOAT		QTRO REGIMEN		PACIENTE: TRILLERAS BUSTOS LUIS HER	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: TRILLERAS BUSTOS LUIS HERMINSOL

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7709785	TRILLERAS BUSTOS LUIS HERMINSOL	Direccion: CLL 2 B NO 38 41		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: TRILLERAS BUSTOS LUIS HERMINSOL**	at1324137640650	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018

ON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

ORMA PAGO: CREDITO

FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saludtaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16697 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N.I. (X) — Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio — Vehículo Placa No.: GGU 233 — Ambulancia Básica (X) — Ambulancia Medicada ( )

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7709765	LUIS	Herminsol	Trilleras	Bustos
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscite la movilización — Accidente de transito (X) — Evento Catastrofico ( ) — Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cll 2 con Cra 32 — Zona (X) R ( )

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 0 2 M 0 7 2 0 1 8 — A las: 2 4 H 3

Nombre IPS que atendió la victima: Hospital universitario H. Manrique P.

NIT: 891180268 0 — Código de habilitación: 410010056201

Dirección: Cll 9 # 15-25

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8715907

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Deny Milena Acevedo

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

RM130269
4274770

NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17452

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 02

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: KUK 62D

No. DE POLIZA: 132413764065O

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jose Nelson Cardenas C.C. 1116915013 DE Garzon

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cll 2 con Cra 32 B/ mira flores HASTA: Hospital General de Neiva

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. GGW 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Luis Herminsol Trillheras Bustos IDENTIFICADO CON C.C. No. 7709765 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

559

30215

FECHA | HORA DE SALIDA | HORA LLEGADA | CLASE DE EMPRESA | PRIORIDAD

R A N V B

CLINICA

1er apellido | 2do apellido | Nombres

FECHA NAC TO | SEXO M F | C.C. T.I. | R.C. C.E. | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio | Departamento | País | Teléfono

DIRECCION DE ATENCION | Residencia | Trabajo | Otro | POLIZA No. | Estudiante | Prepagada | Vinculado | UPSS | Placa | BASE

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

- Accidente Tránsito
- Accidente Laboral
- Accidente Común
- Terrorismo
- Lesión por agresión
- Enfermedad General
- Catastrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias

Medicamentos

Antecedentes Patológicos

Último Alimento | horas | Embarazo

Compañía

EXAMEN FISICO | TA | FC | FR | T° | NEUROLOGICO | PUPILAS | D: mm | I: mm

R.O.

- 6 Obedece
- 5 Localiza
- 4 Retira
- 3 Flexión anormal
- 2 Extensión
- 1 No hay

R.V.

- 5 Orientada
- 4 Confusa
- 3 Inapropiada
- 2 Incomprensible
- 1 No hay

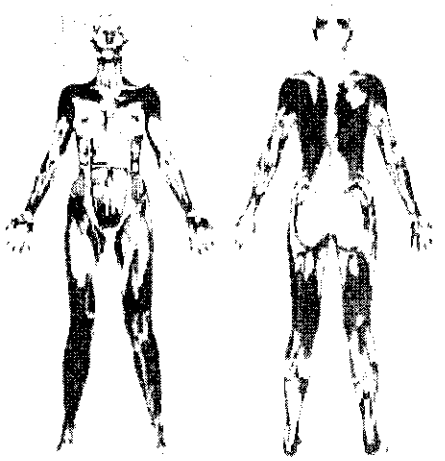
A.O.

- 4 Espontaneo
- 3 Al llamado
- 2 Al dolor
- 1 No hay

TOTAL /15

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-24	25-35	>35	1-9	0
	4	3	2	1	0
Presión	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Neurológico	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

- Cabo Cánula
- Aspiración
- Oxigenación
- Intubación
- Ventilación
- RCP
- Hemostasia
- Inmovilización
- Reanimación
- Monitoreo
- Líquidos I.V.
- Yeso
- Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA

Trasladado a:

Recibido por:

Se entrega Vivo Muerto

Firma del Paciente

Tipo TAM

Unidad TAD

OBSERVACIONES

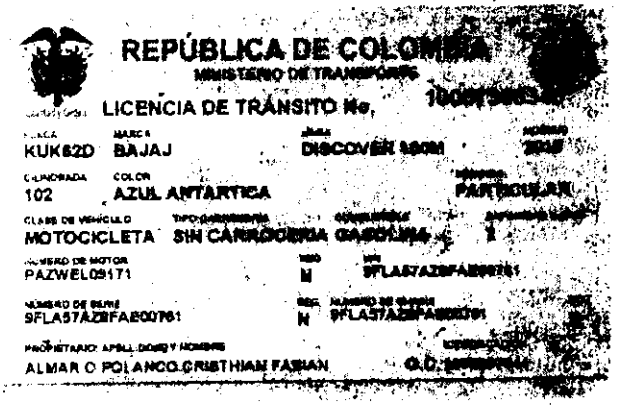
Nombre del Medico

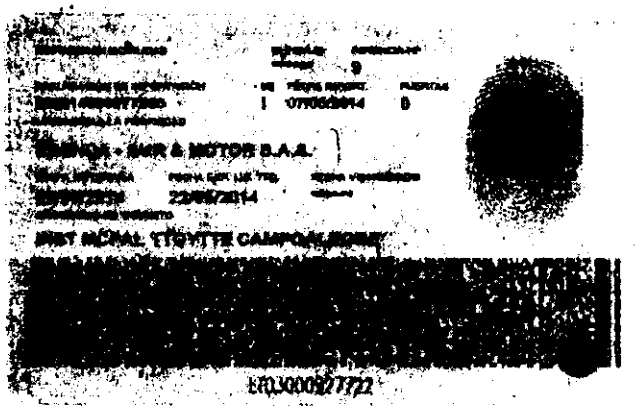
Nombre Auxiliar

Nombre Conductor

6


PREVISORA
2017 10 02
TRILLERAS
CC


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No.
KUK62D
BAJAJ
DISCOVER 100M
102
AZUL ANTARTICA
MOTOCICLETA
SIN CARROCERIA
GASOLINA
PAZWEL09171
9FLAS7AZ8FA600761
ALMARCO POLANCO CRISTHIAN FABIAN


SUR & MOTOS S.A.S.

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7709765
NOMBRES	LUIS HERMINSOL
APELLIDOS	TRILLERAS BUSTOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2013	27/02/2018	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 07/02/2018 21:03:10 | **Estación de origen:** | 181.49.51.130

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

NIT: 891180268-0

REPORTE TRIAGE

Datos Básicos

Consecutivo: 00000000000000174311
Identificación: 7709765
Paciente: LUIS HERMINSOL TRILLERAS BUSTOS
Entidad Responsable: CONSORCIO SAYP 2011 ACCIDENTES DE TRANSITO
Seguridad Social: SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE HUILA
Causa Ingreso: Accidente de Transito

Fecha Triage: 2/07/2018 9:38:07 p. m.
Edad: 40 Años
Vic. Conflicto: No
Grupo Étnico: NINGUNO DE LOS ANTERIORES
Tipo de Riesgo: Accidente de Transito

CLASIFICACIÓN 3 - URGENCIA MEDICA

Medico: DERLY MILENA ACEVEDO OTALORA
Diagnóstico Sindromático: ACCIDENTE DE TRANSITO
Diagnóstico Presuntivo 1: N/A
Diagnóstico Presuntivo 2: N/A
Motivo de Consulta: TRAIDO POR AMBULANCIA DE SALUD LASER POR ACCIDENTE DE TRANSITO
Enfermedad Actual: PACIENTE DWE 40 AÑOS DE EDAD, QUIEN SEGUN RELATO DE HERMANO Y PARAMEDICO DE AMBULANCIA QUE TRAE HACIA LAS 20 +40 HORAS SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE COBNDUCTOR DE MOTO AL COLICIONAR CON OTRA MOTO, ESTANDO BAJO EFECTOS DEL LICOR. PRESENTA TRAUMA CRANEOFACIAL. NO SE SABE SI HUBO PERDIDA DEL ESTADO DE ALERTAMIENTO. PACIENTE REFIERE AMNESIA DEL EVENTO SE INGRESA PARA VALORACION UY MANEJO POR MEDICO DE URGENCIAS
Estado de Conciencia: Alerta
Aliento Alcohol: No
Consulta por Especialidad: Si: MEDICINA GENERAL
Victima de Conflicto Armado: No
Reingreso: No

Antecentes

Medicos: No Refiere
Quirúrgicos: No Refiere
Transfucionales: No Refiere
Inmunologicos: No Refiere
Alérgicos No Refiere
Traumáticos: No Refiere
Psicologicos y Psiquiatricos: No Refiere
Farmacológicos No Refiere
Familiares: No Refiere
Tóxicos: No Refiere
Ginecológicos: No Refiere
Perinatales: No Refiere
Otros:

Arribó Urgencias

Arribó a urgencias en

Signos Vitales

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

NIT: 891180268-0

REPORTE TRIAGE

TA: 130/189 mmHg mmHg FC: 99 lpm lpm **FR:** 24 rpm rpm T: 36.7 °C °C **SO2:** 97%%

Peso 80 Kg **Talla:** 170

EL PACIENTE FUE REMITIDO A LA ESPECIALIDAD: **MEDICINA GENERAL**

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT 900324272
DIR Calle 18 A No 6 - 46 TELS 8752231
EMAIL saludlaser2012@hotmail.com

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 02-07-18 HORA 20:32

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Luis Herminsol trillenas

IDENTIFICACION 7709765

DIRECCIÓN Calle 38-42 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3185578603

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [X] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca BAJAJ Placa KUK62D

Poliza No. 13241376405-0 Aseguradora PEULSON

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente que iba como conductor de motocicleta Placa KUK62D Colisiona con otra moto ya que lo golpio por detras y perdio el control y la otra moto huye del sitio

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

MON

En micondición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT.

Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C

JANIR TRILLEROS B.
NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C. 1075281179

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11877

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11858	NEIVA,21-Ago-2018	12:36:46
IRECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	TELEFONO 8711773		FECHA VENCIMIENTO 2018.09.20	
NTRATO/PLAN			REGIMEN	Observaciones:		
01	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILE		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILENA

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076255877	ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILENA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILENA**	st1324141951185	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005286195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Numeraci¾n COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEP. 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolucion 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17421

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N.I. (N.I.)

Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio

Vehiculo Placa No.: 66v-233

Ambulancia Básica: X

Ambulancia Medicada:

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075255877	ANA	MILENA	RAMIREZ	RAMIREZ
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito X — Evento Catastrofico — Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cll 21 Sur Rosvelsol cll 15

Zona: U X — R

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El dia: 27 06 2018 — A las: 23:23

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fracturas ortopedic

NIT: 800110181-9 — Código de habilitación: 410010046601

Dirección: cll 18 #6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756349

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Documento del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan está situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

800110181-9

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Soluciones SAS NIT 900324272-2 FRANCISCO ANTONIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZA EL TRANSPORTE

Total folios

569

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17324

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 06 DIA 27

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO KXW21C

No. DE POLIZA 13241141951165

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Perez Losada C.C. 1075253771 DE N/A Huila

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cll 21 5t / Transversal 15 HASTA: Clinica Fuentes Espinosa

TIPO DE TRANSPORTE: 23+00

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 666-233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Ana Milena Tamayo Ramirez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075255877 DE N/A Huila

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

29986

27 Junio 2018 | 23:00 | HORA LLEGADA 23:10 | HORA SALIDA 23:20 | HORA ENTREGA 23:23 | PRIORIDAD R X N V B

Zambrano (Apellidos) | Ramirez (Apellido) | Nombres: Ana Milena | No. HISTORIA CLINICA 1075255877

Fecha Nac. 10 Ago 1991 | Edad | Sexo F X M | C.C. X T.I. | R.C. | PAS | NUMERO 1075.255.877. | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección: Cra 8g #25d39 | Barrio: Cambulos | Municipio: Neiva | Departamento: Huila | País: colombia | Teléfono: 3183838505

DIRECCION DE ATENCION: Cll 21 Sur Transversal 15 | Residencia | Trabajo | Vía Pública X | Otros | Casa | ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora | POLIZA No 1324141951165 | Placa: KXV 21C | EPS-C: Comeva | EPS-S | Estudiantil | Prepagada | Vinculado

X Accidente Tránsito | Accidente Laboral | Accidente Común | Terrorismo | Lesión por agresión | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina mayor de edad que iba como Conductora de moto que Cae cuando pierde el control cuando frena y cae

Alergias: Niegan

Medicamentos: Niega

Antecedentes Patalogicos: Niegan

Ultimo Alimento: horas | Embarazo X

Cirugias: Niegan

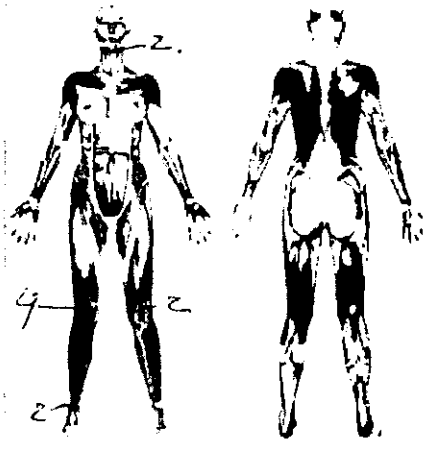
EXAMEN FISICO: TA 129/96 FC 78 FR 21 T 37°C

NEUROLOGICO PUPILAS D: 3mm I: 3 mm

R M	(6) Ordenes	4 Retira	2 Extension		
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay		
R V	(5) Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A O	(4) Espontánea	2 Al color	TOTAL 15/15		
	3 Al llamado	1 No hay			

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratoria	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

	Oxigenoterapia		PCR
	Inmovilizador		Reanimación
	Oxigenador		Inmovilización Miembros
			Inmovilización Cuello
X	Monitoreo		
	Liquidos I.V		
X	Asepsia		
	Otro		

IMPRESION DIAGNOSTICA: abrasion en muslo anterior TX Rodilla derecha y abrasion area externa brazo derecho + aplicación ecolla apendicular

Traslado a: Clinica del fracturas y Ortopedia

Recibido por

Se entrega: Vivo X Muerto

Firma del Paciente

Tipo | TAM | Unidad | TAB 70

OBSERVACIONES: GSC 233

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar: Elizabeth Tapia

Nombre Conductor: Cristian Parra

9

SALUDLASER SAS
NIT. 900324272
DIR. Calle 18 A No 6 - 46 TELS. 8752231
EMAIL saludlaser_2010@hotmail.com

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 27 junio 2018 HORA 23:00

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Ana Milena Zambrano Ramirez.
IDENTIFICACION 1075 255 877.
DIRECCIÓN Cra 8g # 25d-39 TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR 3183838505
CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [X] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Yamaha Placa KXV 21C.
Poliza No. 1324141951165 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente femenina mayor de edad que iba como Conductora de moto que frena y pierde el control de la moto por el piso mojado rac.

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En micondición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañias de seguros responsables de SOAT.
Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Ana Milena Zambrano R.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C 1075255877 Neiva.

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.

8

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Ana Milena Zambrano R. No. Documento de Identidad 1075255877

Edad 26 Sexo F Dirección Domicilio Cra 8B #25D-39 Ciudad _____ Teléfono _____

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular 3183838501

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Ana Milena Zambrano R. No. Documento de Identidad 1075255877

Edad 26 Sexo F Dirección Domicilio Cra 8B #25D-39 Ciudad _____ Teléfono _____

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular 3183838501

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Yamaha Placa KXV 21C Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004158240000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 27-06-18 Hora 23:00

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante _____ Peatón _____	Cll 21 Sur Transversal 11

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Iba conduciendo la moto de placas KXV21C cuando pierdo el control de la moto y caigo

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Ana Milena Zambrano Ramirez identificado con c.c. 1075255877 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva (H) Fecha y hora 27-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Ana Milena Zambrano

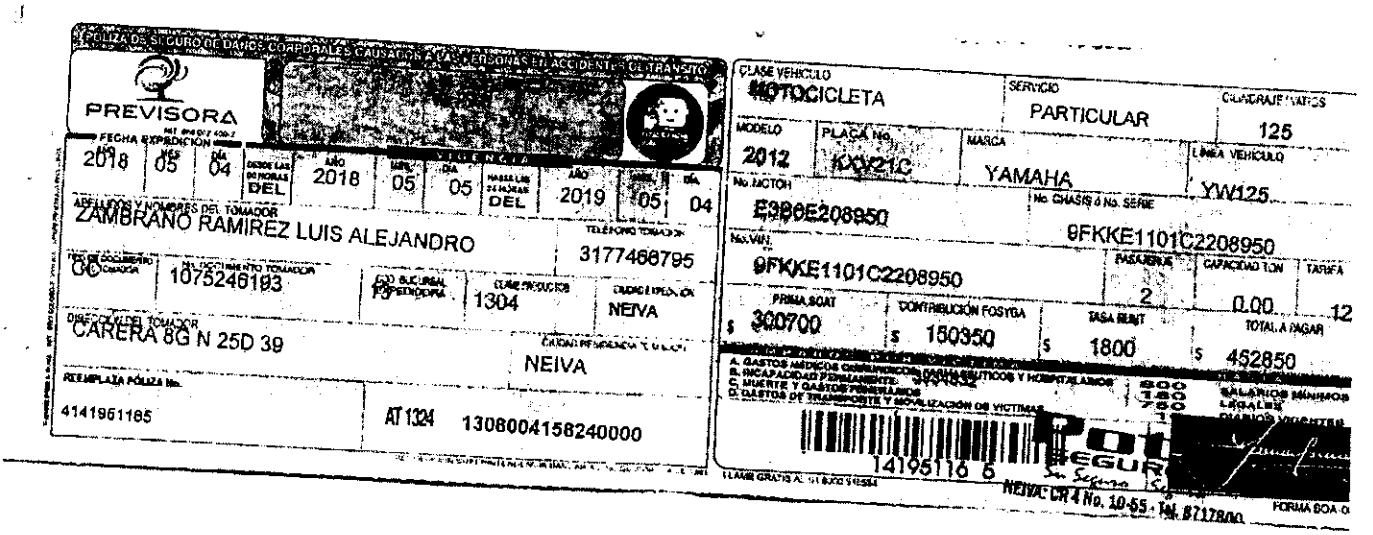
Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



PREVISORA

FECHA EXPEDICION 2018 05 04 DESDE LAS 00 HORAS DEL 2018 05 05 HASTA LAS 24 HORAS DEL 2019 05 04

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZAMBRANO RAMIREZ LUIS ALEJANDRO

TELEFONO TOMADOR: 3177466795

TIPO DE DOCUMENTO: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075246193

COD SUCURSAL POSVENTA: 1304

CIUDAD EXPEDICION: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CARERA 8G N 25D 39

CIUDAD RESIDENCIA Y UBICACION: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4141961185

AT 1324 1308004156240000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE EN CMTCS: 125

MODELO: 2012

PLACA No.: KXV21C

MARCA: YAMAHA

LINEA VEHICULO: YW125

No. MOTOR: E3B6E208950

No. CHASIS O No. SERIE: 9FKKE1101C2208950

No. VIN: 9FKKE1101C2208950

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0.00

TARIFA: 12

PRIMA SOAT: $ 300700

CONTRIBUCION FOSYGA: $ 150350

TASA RUNT: $ 1800

TOTAL A PAGAR: $ 452850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES

B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS 1

14195116 6

NEIVA CR 4 No. 10-65 - Tel. 8711800

FORMA SOA 0



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1985

NEIVA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

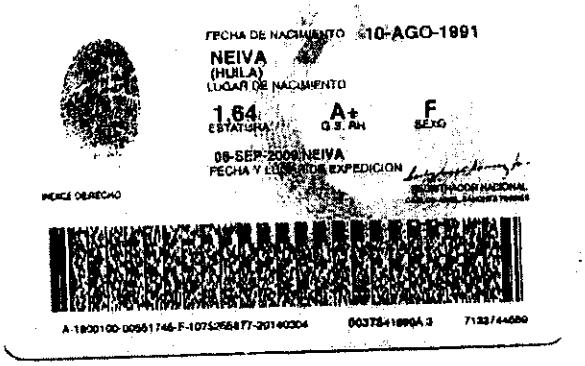
28-AGO-2003 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1900100-00887579-M-0007732360-20161122 0052241518A 1 6573820465



FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1991

NEIVA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

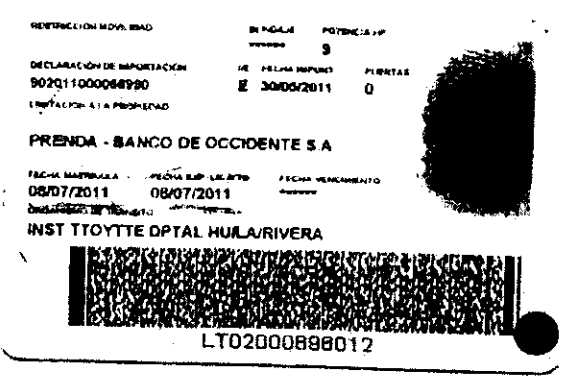
08-SEP-2009 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1900100-00961746-F-1075246193-20140304 0037541890A 3 7133744589



RESTRICCION MOVILIDAD

No. EJES: 3

POTENCIA HP

DECLARACION DE IMPORTACION: 902Q110000648990

DE: 30/06/2011

PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

PRENDA - BANCO DE OCCIDENTE S A

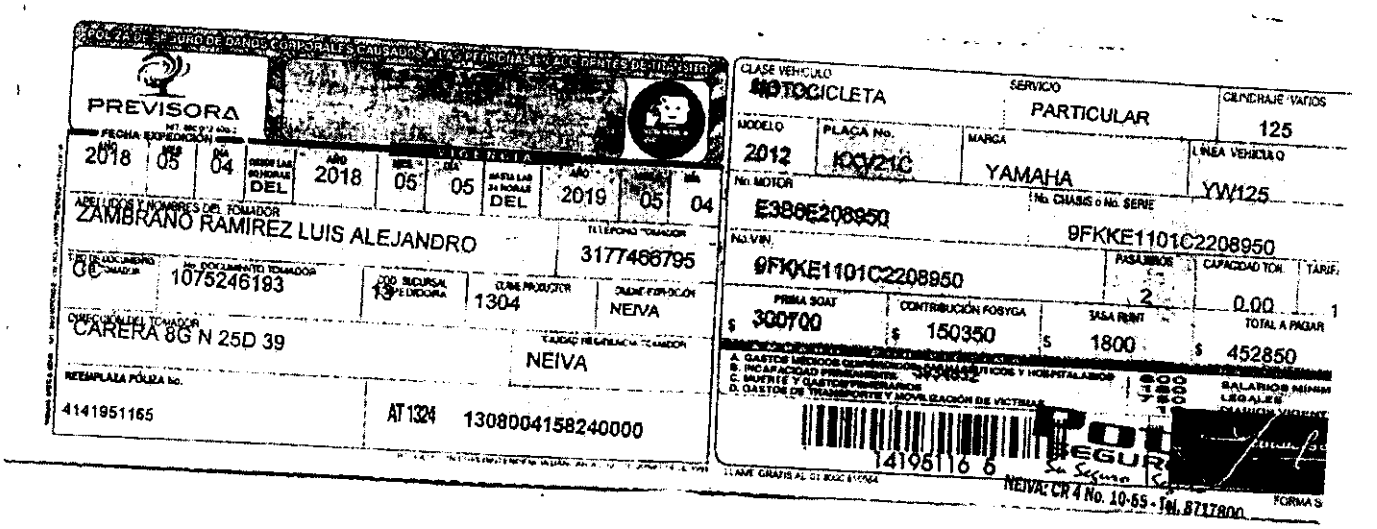
FECHA MATRICULA: 08/07/2011

FECHA EXP. LICENCIA: 08/07/2011

FECHA VENCIMIENTO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02000898012



PREVISORA

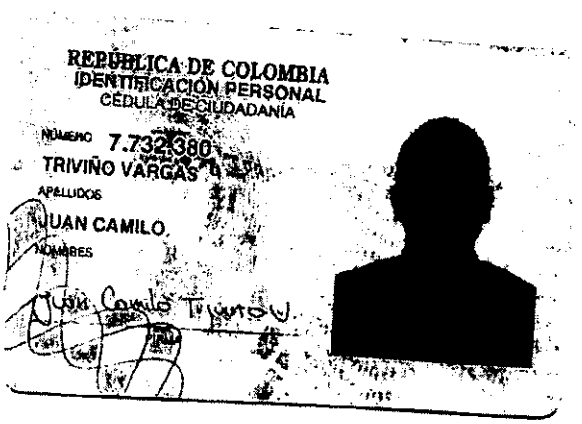
FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA	
2018	05	04	DEL	2018	05	05	DEL	2019	05	04	

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZAMBRANO RAMIREZ LUIS ALEJANDRO
TELÉFONO TOMADOR: 3177466795
TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR: CC
No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075246193
COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13
CLAVE PRODUCTOR: 1304
CLAVE EXPEDICIÓN: NEIVA
DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 8G N 25D 39
CIUDAD REGISTRADA TOMADOR: NEIVA
REMPLAZA PÓLIZA No.: 4141951165
AT 1324 1308004158240000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA
SERVICIO: PARTICULAR
CILINDRAJE / VATIOS: 125
MODELO: 2012
PLACA No.: KXV21C
MARCA: YAMAHA
LÍNEA VEHICULO: YW125
No. MOTOR: E3B6E208950
No. CHASIS o No. SERIE: 9FKKE1101C2208950
No. VIN: 9FKKE1101C2208950
PASAJEROS: 2
CAPACIDAD TON.: 0.00
TARIF.: 1
PRIMA SOAT: $ 300700
CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 150350
TASA RUNT: $ 1800
TOTAL A PAGAR: $ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 150
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

14195116 6
LLAME GRATIS AL 01 800 8111924
NEIVA: CR 4 No. 10-65 - Tel. 8711800
FORMA S





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10002115021

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
KXV21C	YAMAHA	YW125	2012

CILINDRADA CC	COLOR	
125	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMB.	CAPACIDAD No. PAS.
MOTOCICLETA		GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR		NUMERO DE CHASIS	
E3B6E208950	N	9FKKE1101C2208950	N

NUMERO DE SERIE: N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL: ALVARADO CANDELA FABIO
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1073235212

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075255877 ADMISION N : 52242

NOMBRE: ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILENA **EDAD:** 26 A **F. NACI:** 91.08.10 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA8G # 25D-39 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3183838505 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/06/2018 23:46

MOTIVO CONSULTA

CONDUCTORA DE LA MOTO DE PLACAS KXV21C PIERDE EL CONTROL DE LA MOTO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE LA MOTO QUE CONDUCIA CUANDO PIERDE EL CONTROL POR LA VIA HUMEDA, SUFRIENDO MULTIPLES TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. ES TRAIDA POR AMBULANCIA. REFIERE DOLOR EN MENTON Y CODO IZQUIERDO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.27-23:50:17>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52242

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: POMEROY * Alergicios: A DIPIRONA * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 127/82 **FC:** 85 **FR:** 25 **T:** 36 **SO2:** 0 **PESO:** 60 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW** (15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

ABRASIONES, CONTUSION Y DOLOR EN MENTON. HERIDA SUPERFICIAL EN PUNTA DE LA LENGUA. Mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. CONTUSION Y DOLOR EN CODO IZQUIERDO.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

ABRASIONES SUPERFICIALES EN MENTON Y MANO IZQUIERDA

FANERAS

De aspecto normal.

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075255877 ADMISION N_: 52242

NOMBRE: ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILENA **EDAD:** 26 A **F. NACI:** 91.08.10 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA8G # 25D-39 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3183838505 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/06/2018 23:46

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S098 TRAUMA DE MAXILAR INFERIOR

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S500 CONTUSION DEL CODO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.27-23:50:19>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52242

*** PLAN ***

PACIENTE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS. SE ORDENA ANALGESIA AHORA, CURACION DE ABRASIONES Y TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR
RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM AHORA

-EN SALA DE CURACIONES: REALIZAR CURACION DE ABRASIONES CON TECNICA ASEPTICA.
-ADMINISTRAR ANALGESIA INDICADA
-PASAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMAGENES
-REVALORAR CON RESULTADOS

)

--->><<18.06.28-00:36:57>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52242

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES SOLICITADAS LAS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LIMITES NORMALES.

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE MAXILAR INFERIOR NORMAL
RX DE CODO IZQUIERDO NORMAL

--->><<18.06.28-00:38:06>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52242

*** EVOLUCION ***

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075255877 **ADMISION N :** 52242

NOMBRE: ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILENA **EDAD:** 26 A **F. NACI:** 91.08.10 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA8G # 250-39 **CIUDAD:** **TELEFONO:** 3183838505 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 27/06/2018 23:46

PACIENTE CON RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO REALIZADO. POR MEJORIA DEL DOLOR SE ORDENA SALIDA. AL EGRESO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, FC 84 X MIN, TA 120/70 MMHG, RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES NORMALES, ABDOMEN NORMAL, EXTREMIDADES: MOVILES, ABRASIONES LIMPIAS. LLENADO CAPILAR 1 SEG.

*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:

APLICAR FRIO LOCAL. MANTENER REPOSO
CURACIONES DIARIAS EN CASA CON ISODINE
RECONSULTAR SI PRESENTA: DOLOR INTENSO.
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 1 SEMANA DR. CUERVO (PEDIR CITA CON ANTELACION)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.06.28-00:38:22>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52242
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.28-00:38:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S098 TRAUMA DE MAXILAR INFERIOR

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S500 CONTUSION DEL CODO IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075255877 ADMISION N : 52242

NOMBRE:ZAMBRANO RAMIREZ ANA MILENA EDAD: 26 A F. NACI:91.08.10 SEXO: F ESTRATO: 1 EC: U

DIRECCION: CRA8G # 25D-39 CIUDAD: TELEFONO:3183838505 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 27/06/2018 23:46

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 3 DIAS FECHA: 18.06.28 HORA: 00:38:1

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11886

ITIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11564	NEIVA,21-Ago-2018	12:49:33
RECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.20
ITRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Obeservaciones:**	
I	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: SOSA TRIANA CAROLINA	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: SOSA TRIANA CAROLINA

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1014208319	SOSA TRIANA CAROLINA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: SOSA TRIANA CAROLINA**	at1324142175530	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018

ON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

ORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizacl¾n Numeracl¾n de Facturacl¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A
NIT
FRANCISCO ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

14

Soldiaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 0 1215 2a MAYO 2015

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega: 16831 No. Radicado:

No. Radicado Anterior (Si requiere) a glosa manual x en RC: RG: 11369

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial (Si aplica): SALUDLASER S A S

Código de Habilitación Empresa de Transporte Especial: 4100100120901

Tipo de Documento: CC CE PA TI X Número de documento: 0 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No: Hfu-906 Ambulancia Básica: X Ambulancia Medicada:

Dirección de la empresa o persona que realiza el Traslado: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod: 41

Municipio: NEIVA Cod: 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: X CE PA TI RC AS MS

	Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1014208319	CAROLINA		SOSA	TRIANA
2						
3						
4						

Tipo de evento que originó la movilización: Accidente de tránsito: X Evento Catastrófico: Evento Terrorista:

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cll 20 con cra 21 Zona: X R

Departamento: Huila Cod: 41

Municipio: NEIVA Cod: 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El dia: 13 06 2018 A las: 07 48

Nombre IPS que atendió la victima: CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA

NIT: 800 110 181-9 Código de Habilitación: 4100100466 01

Dirección: CR 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod: 41 Teléfono: 8756349

Municipio: Neiva Cod: 001

Ana Maria 26 19

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE AUDIENCIAS DE JUICIO

1091667678

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE AUDIENCIAS DE JUICIO

Dra. Ana Maria Lobo
Medico General
RM-1091667678

SALUDLASER S.A.
NIT. 900
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios:

582

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16917

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	06	13

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: TMF 15D

No. DE POLIZA: 1324142175530

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) CRISTIAN CAMILO PEÑA C.C. 1075253771 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: C/11 70 CON CR 21 HASTA: CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA

TIPO DE TRANSPORTE: 07:25

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU-906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR CAROLINA SOSA

TRIANA IDENTIFICADO CON C.C. No. 1014208317 DE BOGOTA

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Salgadasur S.A.S

29812

FECHA | HORA SERVICIO | HORA LLEGADA | HORA SALIDA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

Nombres | Apellidos | Nombres

PROCEDENCIA | SEXO M F | C.C. T.I. | R.C. C.E. | PAS | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio
Departamento | País | Teléfono

DIRECCION DE ATENCION | Residencia | Trabajo | ASEGURADORA | POLIZA No. | Estudiantil
Vía pública | Otros | EPS-C | Prepagada
Consultorio | Cual | Placa | EPS-S | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- Accidente Tránsito
- Accidente Laboral
- Accidente Común
- Terrorismo
- Lesión por agresión
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS | Alergias:

Medicamentos

Antecedentes Patológicos:

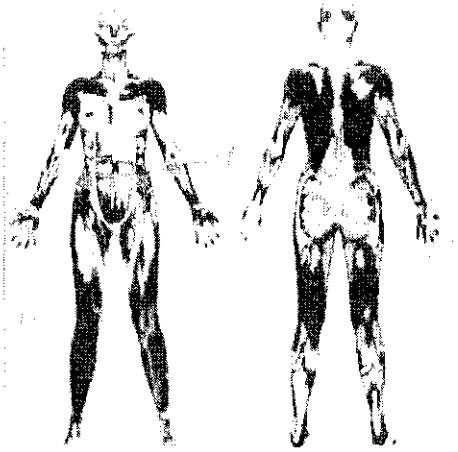
Último Alimento | Horas | Embarazo

Cirugías:

EXAMEN FISICO | TA | FC | FR | T

NEUROLOGICO | PUPILAS D: mm I: mm

R.M.	6	Ordenes	4	Retira	2 Extension
	5	Localiza	3	Flexion anormal	1 No hay
R.V.	5	Orientado	3	Inapropiada	1 No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible	
A.O.	4	Espontanea	2	Al dolor	TOTAL
	3	Al llamado	1	No hay	/15



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Frec. Respiratoria	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Pres. sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aspiración
- Oxigenoterapia
- Inmovilización
- Ventilación
- RCCP
- Reanimación
- Canalización Vena
- Reanimación Mecánica
- Monitoreo
- Liquidos I.V.
- Asepsia
- Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA

Traslado a:

Recibido por:

Se entrega: Vivo Muerto

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico | Nombre Auxiliar | Nombre Conductor:

Saludlaser

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 10 A No 6 - 40 TELS: 3752231

EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 13/06/18 HORA 07:25

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Carolina Sosa Triana

IDENTIFICACION 1014208319

DIRECCIÓN Cll 42 N22-42 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3223413200

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca AKT Placa TMF15D

Poliza No 1431553-0 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Paciente femenina quien iba como ocupante de moto que colisiona con un carro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS Moto - carro

En mi condicion de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Carolina Sosa Triana.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1014208319

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Carolina Sosa triana No. Documento de Identidad 1014208319

Edad 28 Sexo F Dirección Domicilio Cll 42 # 22-42 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3118864985 Celular 5223413 2a

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Daly Perez Castro No. Documento de Identidad 1075279807

Edad 24 Sexo F Dirección Domicilio Cll 28 # 22-51 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3223413200 Celular 3118864988

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa TMF15D Vehiculo moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004163812000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 13-06-18 Hora 07 + 25

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Cll 20 con Cr 21.

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo, carolina en calidad de ocupante de la moto de placas TMF15D que al colisionar con un carro caemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Carolina Sosa triana identificado con c.c. 1014208319 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

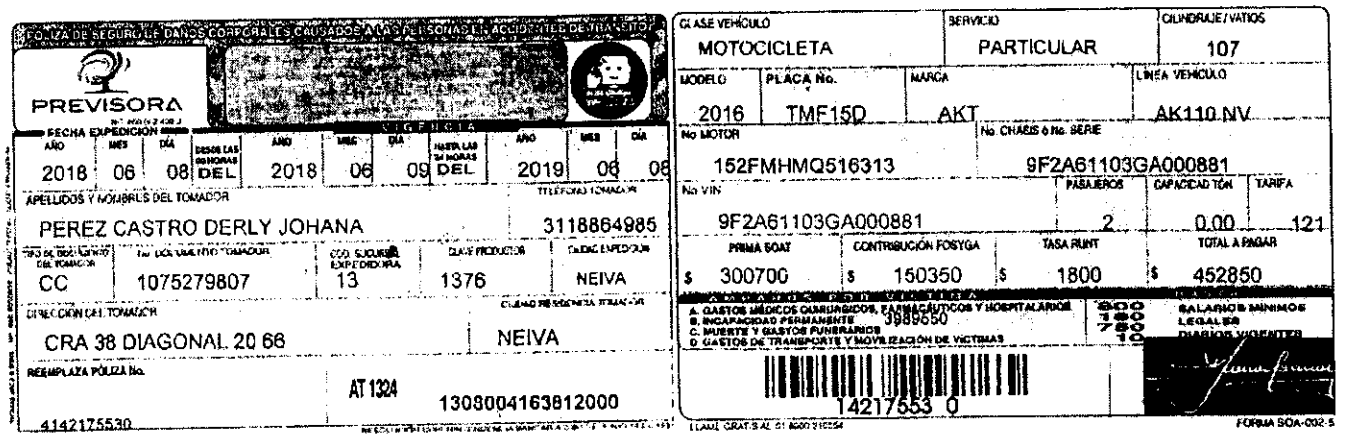
Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 013-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Carolina Sosa

Firma Victima Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



PREVISORA

PÓLIZA DE SEGUROS DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 | MES 06 | DÍA 08 | DESDE LAS 00 HORAS DEL: AÑO 2018 | MES 06 | DÍA 09 | HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2019 | MES 06 | DÍA 08

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: PEREZ CASTRO DERLY JOHANA

TELÉFONO TOMADOR: 3118864985

TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR: CC

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR: 1075279807

COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13

CLAVE PRODUCTOR: 1376

CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 38 DIAGONAL 20 66

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4142175530

AT 1324

1308004163812000

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE / VATIOS: 107

MODELO: 2016

PLACA No.: TMF15D

MARCA: AKT

LÍNEA VEHÍCULO: AK110 NV

No. MOTOR: 152FMHMQ516313

No. CHASIS o No. SERIE: 9F2A61103GA000881

No. VIN: 9F2A61103GA000881

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0.00

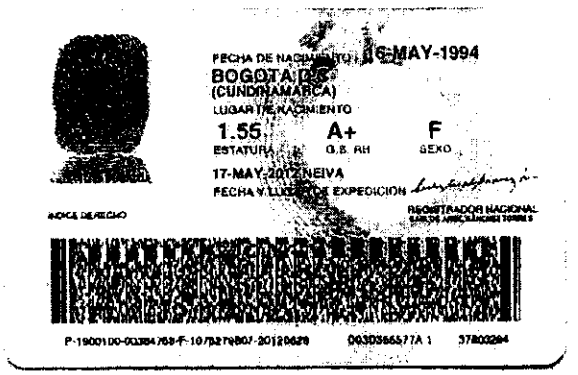
TARIFA: 121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 3989650 — 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS: 10

14217553 0

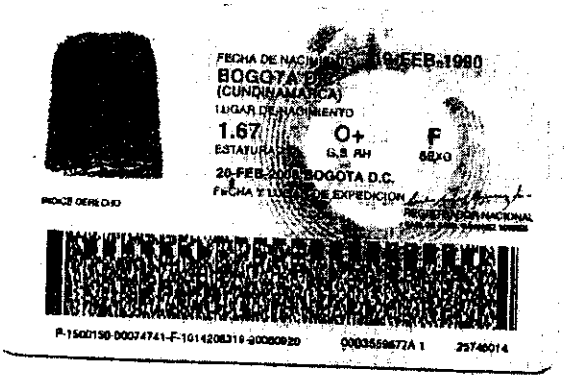
FORMA SOA-002-5



FECHA DE NACIMIENTO: 16-MAY-1994
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO
17-MAY-2012 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

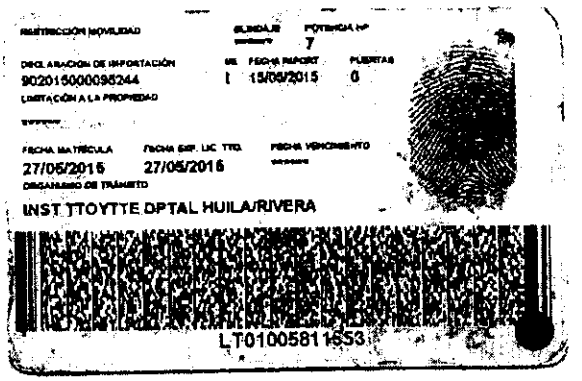
P-1900100-00384768-F-1075279807-20120628 0030366577A 1 37803284



FECHA DE NACIMIENTO: 20-FEB-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO
20-FEB-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00074741-F-1014208319-20080820 0030359672A 1 25746014



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE: 7
POTENCIA HP
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902015000095244
MES: 1
FECHA IMPORT: 15/05/2015
PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
FECHA MATRÍCULA: 27/05/2015
FECHA EXP. LIC. TTO.: 27/05/2015
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01005811653

PREVISORA

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA
2018	06	08	DEL	2018	06	09	DEL	2019	06	08

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: PEREZ CASTRO DERLY JOHANA

TELEFONO TOMADOR: 3118864985

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	NO. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN	CLASE PRODUCTO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	1075279807	13	1376	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 38 DIAGONAL 20 86

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4142175530

AT 1324 1308004163812000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	107

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHÍCULO
2016	TMF15D	AKT	AK110 NV

No MOTOR: 152FMHMQ516313

No. CHASIS ó No. SERIE: 9F2A61103GA000881

No VIN: 9F2A61103GA000881

PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 3989550
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

900 780 TO

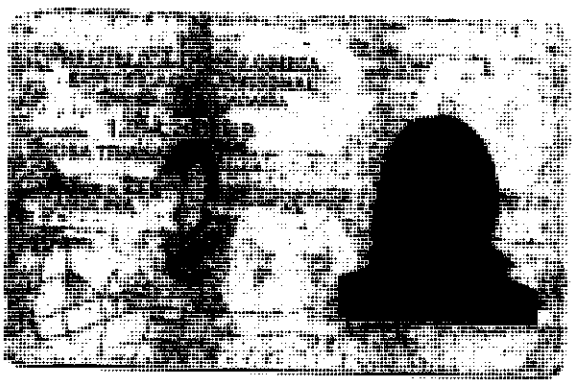
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

14217553 0

LLAME GRATIS AL 01 8000 91 1554

FORMA SOA-002 5





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10009599233

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
TMF15D	AKT	AK110 NV	2016

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
107	ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: 152FMHMQ516313

REG N — VIN: 9F2A61103GA000881

NÚMERO DE SERIE

REG N — NÚMERO DE CHASIS: 9F2A61103GA000881 — REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): PEREZ CASTRO DERLY JOHANA

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075279807

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51174

CC 1014208319

NOMBRE: SOSA TRIANA CAROLINA **EDAD:** 0 D **F. NACI:** . . **SEXO:** I **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 42 NO 22 42 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3223413200 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/06/2018 07:52

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS TMF15D QUE AL COLISIONAR CON UN CARRO CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTOCIELTA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.13-07:54:58>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 51174

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NO REFEIRE**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 129/79 **FC:** 96 **FR:** 22 **T:** 36 **SO2:** 99 **PESO:** 60 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

DOLOR A LA PALPACION DE REJA COSTAL DERECHA con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. EUTROFICAS, SIN LESIONES APARENTE

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51174

CC 1014208319

NOMBRE: SOSA TRIANA CAROLINA **EDAD:** 0 D **F. NACI:** . . **SEXO:** I **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 42 NO 22 42 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3223413200 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/06/2018 07:52

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S203 TRAUMA EN REJA COSTAL DERECHA

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.13-07:55:01>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51174

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ISUPROFENO 400 MG CANT: 1 400 MG VO DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

--->><<18.06.13-08:49:47>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51174

*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGEN

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA

--->><<18.06.13-08:50:14>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51174

*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51174

CC 1014208319

NOMBRE: SOSA TRIANA CAROLINA **EDAD:** 0 D **F. NACI:** . . **SEXO:** I **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 42 NO 22 42 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3223413200 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/06/2018 07:52

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
VALORACION ABIERTA POR ORTOPEDIA
INCAPCIADAD MEDICA 3 DIAS
RECOMENDACIONES

--->><<18.06.13-08:52:35>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51174
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

** ORDENES MEDICAS:

VALORACION ABIERTA POR ORPTOPEDIA (SOLICITAR CITA ANTICIPADA)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***
)
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

--->><<18.06.13-08:52:50>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51174
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.13-08:52:37 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1014208319 ADMISION N : 51174

NOMBRE: SOSA TRIANA CAROLINA **EDAD:** 0 D **F. NACI:** . . **SEXO:** I **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 42 NO 22 42 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3223413200 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/06/2018 07:52

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S203 TRAUMA EN REJA COSTAL DERECHA

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.06.13 **HORA:** 08:52:3

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 3 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1091867678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11892

TIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11670	NEIVA,21-Ago-2018	12:57:36
IECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	TELEFONO	8711773	FECHA VENCIMIENTO	2018.09.20

TRATO/PLAN
01 SOAT

REGIMEN
OTRO REGIMEN

Observaciones:
PACIENTE: TOVAR LIZCANO VILCEN

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: TOVAR LIZCANO VILCEN

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7700874	TOVAR LIZCANO VILCEN	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: TOVAR LIZCANO VILCEN	AT1324137206121	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
24 AGO 2018

ON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

ORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci?n Numeraci?n de Facturaci?n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT.900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17070

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No.: 660233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: [NIT] | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7700884	VICEN		Tovar	Lisano
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cra con cll 4

Zona: [U] [R]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 26 / 04 / 2008 A las: 14:30

Nombre IPS que atendió la victima: clinica de fracturas y ortopedia

NIT: 800 110 181 - 9 Código de habilitación: 4100 100 4 6601

Dirección: Call 15 # 665

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 875 6349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Diana Arcs.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diana Arcs.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1081419727

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

595

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17126

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

FECHA: AÑO 15 MES 06 DIA 24

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO X 11 5 5 3D

No. DE POLIZA 1 3 2 4 1 3 7 2 0 5 1 2 1

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jose Nelson Ceiguera C.C. 1117915013 DE Doncello

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 5a con Cll 4 HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: Biomecanismo Caiguen

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Vilcen Tovar Lozano IDENTIFICADO CON C.C. No. 7700 374 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludcaser S.A.S.

29929

FECHA | HORA DESPACHO | HORA LLEGADA | HORA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

Terapéutico | 2do Analítico | Normas

FECHA NA TC | SEXO M F | C C | T I | R C | PAS | PAD | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio
Departamento | País | Teléfono

DIRECCION DE ATENCION | Residencia | Trabajo | Vía pública | Otros | Otra | Carretera | POLIZA No. | EPS-O | SISBEN | Estudiantil | Prepagada | Vinculado

Placa

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO | Accidente Tránsito | Accidente Laboral | Accidente Común | Terrorismo | Lesión por agresión | Enfermedad General | Catástrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias:

Medicamentos:

Antecedentes Patológicos

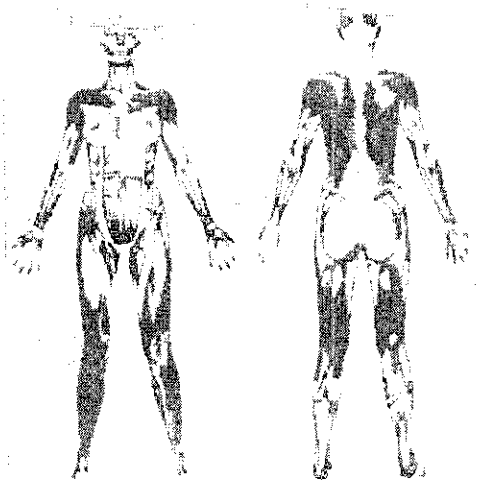
Ultimo Alimento | horas | Embarazo

Drogas:

EXAMEN FISICO | TA | FC | FR | T | NEUROLOGICO | PUPILAS D: mm I: mm

R.V.	6 Ordenes	4 Retira	2 Extensión		
	5 Localiza	3 Flexión anormal	1 No R/a		
R.V.	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
A.O.	4 Espontáneo	2 Al dolor			
	3 Al llamado	1 No hay			

TOTAL /15



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
P. sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aspiración
- Oxigenación
- Inmovilización
- Ventilación
- RCCP
- Hemostasia
- Inmovilización Miembros
- Inmovilización Pelvis
- Inmovilización Dorso
- Monitoreo
- Líquidos I.V.
- Asepsia
- Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA

Trasladado a:
Recibido por:
Se entrega vivo Muerto
Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAD

OBSERVACIONES

Nombre del Medico | Nombre Auxiliar | Nombre Conductor

9

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 24-06-2013. HORA 0730

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Nilcen Tovar Lizcano

IDENTIFICACION 77000879

DIRECCIÓN Corregimiento Caguan TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON (X) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Placa XMS 53D

Poliza No. 1324 13720512-1 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Usuario que se movilizaba como peaton. el cual es arrogado por una motocicleta. de placas XMS 53D. Causandole multiples laceraciones.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

8

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Vilcen Tovar Liscano No. Documento de Identidad 7700874

Edad 41 Sexo M Dirección Domicilio Casuan. Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Juan Carlos Papamija No. Documento de Identidad 1081158068

Edad 24 Sexo M Dirección Domicilio CRA 2 #7-90 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3153158440

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa XMS53D Vehiculo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004170936000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 24-06-2018 Hora 02:08

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor ____ Ocupante ____ Peatón X	CRA 4 Calle 4 Corregimiento el Caguan.

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Vilcen Tovar declaro que me movilizaba como peatón cuando soy arrollado por Moto de placas XMS53D y caigo Sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Vilcen Tovar Liscano identificado con c.c. 7700874 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 24-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Vilcen Tovar

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902015000131778

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP
10

CM³ FECHA IMPORT.
08/07/2015

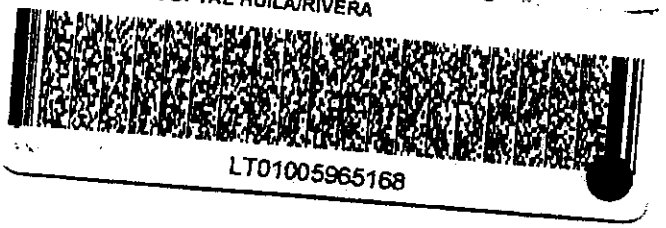
PUERTAS
0

FECHA MATRÍCULA
24/07/2015

FECHA EXP. LIC. TTO.
24/07/2015

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 | MES 09 | DIA 08

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO 2017 MES 09 DIA 09 | HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 09 DIA 08

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ROJAS JHON WALTER

TELEFONO TOMADOR: 3125604913

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	7717851	13	1375	RIVERA

DIRECCION DEL TOMADOR: LA ULLOA-RIVERA

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: RIVERA

REEMPLAZA POLIZA No.

AT1324

1308004110936000

~~4137205121~~

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2016	XMS53D	BAJAJ	DISCOVER 1

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE
JZZWEB50033	9FLA15BZ6GCG53047

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARI
9FLA15BZ6GCG53047	2	0.00	

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

AMPARADOS DE LA POLIZA — HASTA

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	800	SALARIOS MÍNIM
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	160	LEGALES
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	10	

3482579

13720612 1

LÍNEA GRATUITA 018000 910554

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SC

6

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51941

CC 7700874
NOMBRE: TOVAR LISCANO VILCEN **EDAD:** 41 A **F. NACI:** 76.11.02 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** C
DIRECCION: CAGUAN **CIUDAD:** **TELEFONO:** ++++++++++ **ZONA:** U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**
PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI
OBSERVACION _____ 24/06/2018 03:53

MOTIVO CONSULTA
PEATON ES ARROLLADO POR UNA MOTO DE PLACAS XMS53D CAUSANDOLE EL ACCIDENTE

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE PEATON, CAUSANDOLE POLITRAUMATISMOS, AMNESIA DE LOS HECHOS

REVISION POR SISTEMAS
* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES
--->><<18.06.24-03:58:54>>, **(DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)** H.U. **51941**
*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 132/74 **FC:** 76 **FR:** 20 **T:** 36. **SO2:** 96 **PESO:** **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** SI
E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 3 **RM:** 5 **RV:** 4 **GLASGOW(** 12 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS
Cabeza normoconfigurada, HERIDA DE APROX 3 CM EN REGION CILIAR DERECHA Y OTRA DE APROX 4 CM EN CUERO CABELLUDO REGION TEMPORAL IZQ, CON SANGRADO ACTIVO DE BORDES REGULARES , ABRASIONES EN MENTON Y CARA, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes. ALIENTO ALCOHOLICO, HIPEREMIA CONJUNTIVAL

CUELLO
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX
Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN
Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO
No verificado

PELVIS
Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++) AMNESIA DE LOS HECHOS, DISARTRIA MODERADA

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51941

CC 7700874
NOMBRE: TOVAR LISCANO VILCEN **EDAD:** 41 A **F. NACI:** 76.11.02 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** C
DIRECCION: CAGUAN **CIUDAD:** **TELEFONO:** ++++++++++ **ZONA:** U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**
PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI
OBSERVACION 24/06/2018 03:53

PIEL
De aspecto normal.
FANERAS
De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S099 TCE LEVE
DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA
DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S010 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO
DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
T141 ABRASIONES
DIAGNOSTICO RELACIONADO-4
Y919 ALCOHOLISMO, NIVEL DE INTOXICACION NO ESPECIFICADO

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.24-03:58:56>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51941
*** PLAN ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA POLITRAUMATISMO EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EVIDENCIA DE TRAUMA EN CRANEO, SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DISNEA, SIN FOCALIZACION NEUROLOGICA, ABDOMEN SIN SIGNOS DE TRAUMA NI DE IRRITACION PERITONEAL, SE INDICA INGRESAR A OBSERVACION PARA TRATAMIENTO MEDICO, VIGILANCIA NAUEOLOGICA Y TOMA DE IMAGENES DE AYUDA DIAGNOSTICA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1 GR IV CADA 6 HORAS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 3 1 AMP IV CADA 8 H
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 APLICAR IM
CLORURO DE SODIO 9%X500MLBAXTER CANT: 5 BOLO 1000 CC LUEGO A 100 CC /8 H
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 7 PARA DILUCIONES

-OBSERVACION
-NADA VIA ORAL
-PASAR A SALA DE RX
-PASAR A SALA DE SUTURA
-CURACION DE ABRASIONES
-PROTOCOLO ANTICAIDAS
-VIGILANCIA NEUROLOGICA

4

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51941

CC 7700874
NOMBRE: TOVAR LISCANO VILCEN **EDAD:** 41 A **F. NACI:** 76.11.02 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** C
DIRECCION: CAGUAN **CIUDAD:** **TELEFONO:** ++++++++++ **ZONA:** U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**
PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI
OBSERVACION _____ 24/06/2018 03:53

-CSV AC

--->><<18.06.24-05:29:03>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51941
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE SUTURAS
SUTURA
SUTURA
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, BAJO ANESTESIA LOCAL, SE EXPLORA HERIDAS, NO HAY EVIDENCIA DE COMPROMISO DE TEJIDO MUSCULO-VASCULO- TENDINOSO, SE CIERRA PIEL CON PROLENE 3-0 PUNTOS SEPARADOS EN CUERO CABELLUDO Y CON PROLENE 5-0 PUNTOS SEPARADOS EN CARA, SIN COMPLICACIONES.

--->><<18.06.24-06:09:21>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51941
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE: LINEA MEDIA CONSERVADA, CISTERNAS LIBRES, NO HEMATOMAS NI CONTUSIONES HEMORRAGICAS, NO COMPROMISO OSEO

--->><<18.06.24-06:09:36>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51941
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA TAC SOLICITADO, CONTINUA EN OBSERVACION MEDICA

--->><<18.06.24-12:33:22>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51941
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE: -- TRAUMA CRANEO ENCEFALICO LEVE-- HERIDAS SUTURADAS EN CABEZA ---ABRASIONES --CONTUSIONES MULTIPLES EN MANEJO ANALGESICO Y VIGILANCIA NEUROLOGIA, EN EL MOMENTO REFIERE ESTAR MEJOR ADECUADO CONTROL DEL DOLOR CON LA MEDICACIÓN, TOLERA LA VÍA ORAL..

AL EXAMEN FÍSICO CON TA 130/70 FR: 18 T: 37 FC: 78 SATO2: 96%
NORMOCEFALO HIDRATADO ANICTERICO, PUPILAS SIMÉTRICAS REACTIVAS, HERIDAS SUTURADAS EN CABEZA ABRASIONES EN CARA EDEMA FRONTAL LADO DERECHO CUELLO NO INGURGITACION NO DOLOR NO MASAS. TÓRAX SIN DIFICULTA PARA RESPIRAR, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLO, PULMONES: MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOR NO MASAS, DIURESIS PRESENTE ESPONTANEA, EXTREMIDADES MÓVILES SIMÉTRICAS PULSOS DISTALES PRESENTE. ABRASIONES LIMPIAS SNC: ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT. GLASGOW 15/15

3

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 51941

CC 7700874
NOMBRE: TOVAR LISCANO VILCEN **EDAD:** 41 A **F. NACI:** 76.11.02 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** C
DIRECCION: CAGUAN **CIUDAD:** **TELEFONO:** ++++++++++ **ZONA:** U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**
PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI
RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI
OBSERVACION _____ 24/06/2018 03:53

ANÁLISIS: PACIENTE CON DX DE TCE LEVE QUIEN REQUIERE DE VIGILANCIA NEUROLOGICA, POR LO CUAL SE INGRESA AL SERVICIO DE OBSERVACION, TAC CEREBRAL SIMPLE REALIZADO ES NORMAL. DURANTE SU ESTANCIA EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS, NO FOCALIZACION, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR CONPLETAR VIGILANCIA NEUROLOGICA , EVOLUCION FAVORABLE SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES. MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA. Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** PLAN ***

SALIDA

--->><<18.06.24-12:38:00>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51941
*** PLAN ***

** OTROS:
SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO EN 8 DIAS CON TRAUMATOLOGIA
** ORDENES MEDICAS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 8
1--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5-- REPOSO.
6--- RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS EN CARA Y 10 DIAS EN CUERO CABELLUDO. EN HERIDAS SUTURADAS. RECONSULTAR DE INMEDIATO SI SE HABREN O DESPRENDEN LOS PUNTOS.
7----RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA : --- ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA, O PERSISTE SINTOMATOLOGIA NEUROLOGICA.----- DIFICULTA PARA RESPIRAR, ----
8---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS
CEFRADINA 500 MG CANT: 40 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 10 DIAS

--->><<18.06.24-12:38:22>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 51941
*** PLAN ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

C 7700874 **ADMISION N_:** 51941

OMBRE: TOVAR LISCANO VILCEN **EDAD:** 41 A **F. NACI:** 76.11.02 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** C

IRECCION: CAGUAN **CIUDAD:** **TELEFONO:** ++++++++++ **ZONA:** U

CUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

ARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

ESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

BSERVACION 24/06/2018 03:53

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.24-12:38:05 ESTADO A LA SALIDA: VIVO

INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

[AGNOSTICO PRINCIPAL
)99 TCE LEVE

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

[AGNOSTICO RELACIONADO2
)10 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
T141 ABRASIONES

[AGNOSTICO RELACIONADO4
)19 ALCOHOLISMO, NIVEL DE INTOXICACION NO
SPECIFICADO

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

st.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.06.24 **HORA:** 12:38:0

'ADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 10 DIAS

Jhoan Alberto Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1061.724.214

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 11908

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11586	NEIVA,21-Ago-2018		13:18:57
RECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.20	
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**		
1	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: ZARATE CARDOSO WILLIAM DA		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: ZARATE CARDOSO WILLIAM DAVID

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076316653	ZARATE CARDOSO WILLIAM DAVID	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: ZARATE CARDOSO WILLIAM DAVID**	at1324138258724	1.0	260,414	260,414

Sonya
RECIBIDO
COOPERATIVA PREVISORA
24 AGO 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

SALUDLASER S.A.
NIT.
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saludlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17209

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es peraona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT

Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio

Vehiculo Placa No.

Ambulancia Básica

Ambulancia Medicada

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1						
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización

Accidente de transito

Evento Catastrofico

Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección

Zona: U | R

Departamento Cod.

Municipio Cod.

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el trastado de la victima a esta IPS

El día: D | D | M | M | A | A | A | A

A las: H | H | M | M

Nombre IPS que atendió la victima

NIT Código de habilitación

Dirección

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en esta formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

608

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17208

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 06 DIA 30

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO DQK40E

No. DE POLIZA 1524138257274

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian C... Pinilla C.C. 1075254683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: C... C... C... B/ ... HASTA: Clinica Nuestra Señora de Fatima

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660293

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR William Arnul Zuñiga Cardoso IDENTIFICADO CON C.C. No. CC-1075815553 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlaser S.A.S.

FECHA | HORA REGISTRO | HORA LLEGADA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

30203

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido | 2do apellido | Nombres | NUMERO | EDAD

FECHA NAC | SEXO M F | C.C. TI | R.C. C.E. | PAIS

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio | Teléfono

DIRECCION DE ATENCION | Barrio | Clase | Placa | POLIZA No. | Estudiante | Empleado | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA LA ATENCION: Accidente Transito | Accidente Laboral | Accidente Comun | Terremoto | Lesion por agresion | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Medicamentos

Antecedentes Patologicos

Ingesta: Alimento | Horas | Embarazo

Cirugias

EXAMEN FISICO: TA | FC | T

NEUROLOGICO: PUPILAS D mm I mm

R.V	5 Orientado	3 Palabras	1 No hay	
	4 Confuso	2 Incomprensible		
A.O	4 Espontanea	2 Al llamado	TOTAL	/15
	3 Al llamado	1 No hay		

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-24	>24	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Presion arterial	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Cerrada
8. Quemadura
9. Cuerpo Extraño
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Toma Glicemia | Aspirable | Oxigenacion | Intubacion | Ventilacion | Rapida | Inmovilizacion Miembros | Inmovilizacion Total | Monitoreo | Liquidos EV | Asepsia

OBSERVACIONES

IMPRESION DIAGNOSTICA

Trasladado a

Recibido por

Se entrega: Vivo | Muerto

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAB

Nombre del Medico | Nombre Auxiliar | Nombre Conductor

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8252231
EMAIL: SALUDLASER 2011@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 30-06-2018 HORA 14h00

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE William David Zarate Cardozo

IDENTIFICACION 1075315553

DIRECCIÓN Cll 78#422 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3106633062

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR(O) PEATON( ) OCUPANTE( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Suzuki Placa OOK40E.

Poliza No 1324-1382589274 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Iba que le movilizaba como conductor de moto

carro de placas OOK-40E el cual con el piso mojado en una curva

se le desliza la moto y pega el cantol, sufriendo accidente.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS.

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

William David Z. Cardozo

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075315553

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA
2017	11	16	DEL	2017	11	17	DEL	2018	11	16

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZARATE PAEZ JOSE WILLIAM

TELEFONO TOMADOR: 3102663363

TIPO DE DOCUMENTO DEL ASEGURADO	No. DE DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	458419	13	9610	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 78 N 4 22

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4138258724

AT 1324

1308004123721000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OQK40E	SUZUKI	BEST 125

No. MOTOR: F453TH732535

No. CHASIS ó No. SERIE: 9FSBF45G2JC230114

No. VIN: 9FSBF45G2JC230114

PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SMLDV
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 10

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

13826872 4

FIRMA AUTORIZADA

FECHA EXPEDICIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.315.553
ZARATE CARDOSO

APELLIDOS
WILLIAM DAVID

NOMBRES
William. Z

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015036570

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OQK40E	SUZUKI	BEST 125	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO MATE	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD *kg/PES/
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	REG
F453-TH732535	N	9FSBF45G2JC230114	

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
	N	9FSBF45G2JC230114	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): ZARATE PAEZ JOSE WILLIAM

IDENTIFICACIÓN: C.C. 458419

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DÍA
2017	11	16	2017	11	17	2018	11	16

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZARATE PAEZ JOSE WILLIAM — TELÉFONO TOMADOR: 3102663363

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN	CLAVE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	458419	13	9610	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 78 N 4 22 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4138258724 — AT 1324 — 1308004123721000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2018	OQK40E	SUZUKI	BEST 125

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE
F453TH732535	9FSBF45G2JC230114

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FSBF45G2JC230114	2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 272700	$ 136350	$ 1800	$ 410850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 10
SALARIOS MINIMOS LEGALES

13825872 4

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA UNI



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1970
BARAYA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA — A+ G.S. RH — F SEXO
03-DIC-1992 BARAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1900100-00147378 F-0026439838-20080123 0009623361A 1 6670005249



FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1998
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 ESTATURA — O+ G.S. RH — M SEXO
27-DIC-2016 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1900100-00888139-M-1075316553-20170310 0054160729A 1 4774536S

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******* — POTENCIA HP: 10

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 162017000017907 — VR: 1 — FECHA IMPORT.: 30/10/2017 — PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: *******

FECHA MATRÍCULA: 17/11/2017 — FECHA EXP. LIC. TTO.: 17/11/2017 — FECHA VENCIMIENTO: *******

ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT01007481806



FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-2008
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-AGO-2026 FECHA DE VENCIMIENTO — A+ G.S. RH — F SEXO
20-AGO-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre William Zarate Cardoso No. Documento de Identidad 1075315553

Edad 19 Sexo M Dirección Domicilio cll 78 #4-22 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3162983156 Celular 3138857934

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre William Zarate Cardoso No. Documento de Identidad 1075315553

Edad 19 Sexo M Dirección Domicilio cll 78 # 4-22 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3162983156 Celular 3138857934

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca SUZUKI Placa OOK40E Vehiculo MOTO

Aseguradora PREVISORA Póliza No. 1308004123721000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 30-06-18 Hora 13 + 26

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Y Ocupante Peatón	Cr 2 con Cll 78

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo William en calidad de conductor de la moto de placas OOK40E que a estar el piso mojado caemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo William Zarate Cardoso identificado con c.c. 1075315553 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 30-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

William.Z			
Firma Victima Nombre	Huella	Firma Acompañante Nombre	Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075315553 **ADMISION N_ :** 52417

NOMBRE: ZARATE CARDOSO WILLIAM DAVID **EDAD:** 19 A **F. NACI:** 98.12.18 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 78 NO 4 22 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3138579343 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 30/06/2018 14:15

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OQK40E QUE AL ESTAR EL PISO MOJADO CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL CAER DE LA MOTO QUE CONDUCIA CUANDO PIERDE EL CONTROL POR LA VIA HUMEDA, SUFRIENDO MULTIPLES TRAUMAS, SIN PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA. ES TRAIDO POR AMBULANCIA. REFIERE DOLOR EN PIE DERECHO.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Siatema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.06.30-14:17:16>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52417

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 112/82 **FC:** 56 **FR:** 22 **T:** 36 **SO2:** 0 **PESO:** 81 **TALLA:** **IMG:** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

ABRASIONES Y DOLOR EN HALLUX DERECHO.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 875 6349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52417

CC 1075315553

NOMBRE: ZARATE CARDOSO WILLIAM DAVID **EDAD:** 19 A **F. NACI:** 98.12 .8 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 76 NO 4 22 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3138579343 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 30/06/2018 14:15

PIEL

ABRASIONES MULTIPLES EN ANTEBRAZOS, MANOS, RODILLAS Y PIE DERECHO.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S903 CONTUSION DE PIE DERECHO	T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.06.30-14:17:19>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52417

*** PLAN ***

PACIENTE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO MULTIPLES TRAUMATISMOS. SE ORDENA ANALGESIA AHORA, CURACION DE ABRASIONES Y TOMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PIE DERECHO AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM AHORA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 APLICAR 0.5 ML IM AHORA

-EN SALA DE CURACIONES: REALIZAR CURACION DE ABRASIONES CON TECNICA ASEPTICA.
-ADMINISTRAR ANALGESIA INDICADA
-PASAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMAGENES
-REVALORAR CON RESULTADOS

--->><<18.06.30-15:27:49>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52417

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES SOLICITADAS LAS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LIMITES NORMALES

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE PIE DERECHO NORMAL

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52417

CC 1075315553

NOMBRE:ZARATE CARDOSO WILLIAM DAVID **EDAD**: 19 A **F. NACI**:98.12.18 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION: CLL 78 NO 4 22 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3138579343 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 30/06/2018 14:15

--->><<18.06.30-15:28:30>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52417
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO REALIZADO. POR MEJORIA DEL DOLOR SE ORDENA SALIDA. AL EGRESO PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, GLASGOW 15/15, FC 84 X MIN, TA 120/70 MMHG, RUIDOS CARDIACOS Y PULMONARES NORMALES, ABDOMEN NORMAL, EXTREMIDADES: MOVILES, ABRASIONES LIMPIAS. LLENADO CAPILAR 1 SEG.

*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:

APLICAR FRIO LOCAL. MANTENER REPOSO
CURACIONES DIARIAS EN CASA CON ISODINE
RECONSULTAR SI PRESENTA: DOLOR INTENSO.
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 1 SEMANA DR. CUERVO (PEDIR CITA CON ANTELACION)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.06.30-15:28:59>>, (DR(A). AFP - ALBERT FRANCISCO POLANIA - C.C. 7728213 - REG. MEDICO: 648 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52417
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.06.30-15:28:41 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52417

CC 1075315553

NOMBRE: ZARATE CARDOSO WILLIAM DAVID **EDAD:** 19 A **F. NACI:** 98.12.18 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 78 NO 4 22 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3138579343 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 30/06/2018 14:15

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S903 CONTUSION DE PIE DERECHO	T141 ABRASIONES

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.06.30 **HORA:** 15:28:4

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 5 DIAS

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12051

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-11728	NEIVA,30-Ago-2018		08:47:50
DIRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.29	
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: CEDEÑO SANCHEZ JOSE LUIS			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: CEDEÑO SANCHEZ JOSE LUIS

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1076320101	CEDEÑO SANCHEZ JOSE LUIS	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: CEDEÑO SANCHEZ JOSE LUIS**	AT1324141974965	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
07 SEP 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT [illegible]
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17087

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI (X)

Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio

Vehículo Placa No.: 660 233

Ambulancia Básica: X

Ambulancia Medicada:

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: CC | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075317071	Jose	Luis	Lerma	Sanchez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito X | Evento Catastrofico | Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Km 3 + 120 mts Neiva Campo Alegre

Zona: U X | R

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 03 | 04 | 2008

A las: 14 | 44

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica de fracturas y ortopedia

NIT: 800 110 151 - 9 Código de habilitación: 410010046601

Dirección: Cll 15 # 665

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756341

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ana Maria Lora M

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17462

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 03

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: UHH 11E

No. DE POLIZA: 1324141974765

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Jose Nelson cerquera C.C. 1116911503 DE: doncello

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Km 3 + 100 mts Via - Neiva Campo Alegre HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 16+45

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 666 223

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jose Luis Cedeño Sanchez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075320101 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlaser S.A.

30222

FECHA | HORA RESPUESTA | HORA LLEGADA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

UNIDAD MOVIL | UNIDAD CLINICA

Ter. Ipsilateral | Ter. Contralateral | Normal

FECHA NAC. TO | SEXO M F | C/C TI | P/S E | NOMBRE | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Municipio
Depto. Procedencia | País Mexico | Teléfono

DIRECCION DE ATENCION | Residencia | Trabajo | Otra | SEG. EXPENSES | POLIZA No. | EPS | Estable | Propagada | Vino muerto

Placa

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO | Accidente Transito | Accidente Laboral | Accidente Comun | Terrorismo | Lesion por agresion | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias

Medicamentos

Antecedentes Patologicos

Ultimo Alimento | horas | Embarazo

Cirugias

EXAMEN FISICO TA FC FR T°C | NEUROLOGICO HUPLAS D mm I mm

R.M	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension	
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay	
R.V.	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay	
	4 Confusa	2 Incomprensible		
A.O	4 Espontanea	2 A dolor	TOTAL	
	3 Al llamado	1 No hay	/15	

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
P.A. sistolica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

IMPRESION DIAGNOSTICA

PROCEDIMIENTOS

Cabo Canula | Aspiracion | Oxigenacion | Inmovilizacion | Ventilacion | RCP | Inm. Cervical | Inm. Cabeza | Inm. Columna | Inm. Extremidades | Monitoreo | Esparadrapo | Sonda | Otro

Traslado a
Recibido por
Se entrega
Firma del Paciente

Muerto | Vivo

Dra. Ana Maria Lobo
Medico General
R.M. 2003 662678

IAM | Unidad | TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar

Nombre Conductor

SALUDLASER SAS

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 13-07-2018 HORA 16:45

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jose Luis Cadena Sandoval

IDENTIFICACION CC 1015320101

DIRECCION Cll 100 #10-108 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3183594663

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [6] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Yamaha Placa EVH11C

Poliza No. 2520-147MMG-5 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Iba por la autopista cuando se metieron a placas EVH11C, el cual un vehículo amarillo cruzo mucho el carril y pego el carro y me volcaron el vehículo en frente

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Automóvil Chevrolet

En mi condicion de victima de accidente de transito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT.

Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Jose Luis Cadena Sandoval

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1015320101

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE

C.C.

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075320101
NOMBRES	JOSE LUIS
APELLIDOS	SANCHEZ CEDEÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
PROTECCIÓN LABORAL C	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	08/09/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/22/2021 07:39:58	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN

AÑO	MES	DÍA
2018	05	24

VIGENCIA

DESDE LAS DOCE HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
	2018	05	25		2019	05	24

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: LOAIZA SANCHEZ DANIELA

TELÉFONO TOMADOR: 3183876045

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO. IDENTIFICACIÓN TOMADOR	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE DE NEGOCIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	1075280100	13	1304	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 100 NO 10 118

CIUDAD DE RESIDENCIA: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No: 4141974965

AT1324 1308004161812000

MOTOCICLETA | PARTICULAR | CILINDRAJE / VATIOS: 150

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2019	RVH11E	YAMAHA	FZN150D (FZ-S)

NO. MOTOR: G3E9E0065088

NO. CHASIS o NO. SERIE: 9FKRG2166K2065088

No. VIN: 9FKRG2166K2065088

PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 800	$ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN

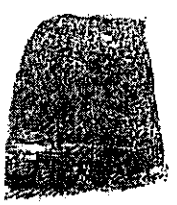
AÑOS | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

Tel. 871 7800

No. 14197496 5

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-6



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1982
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO
18-MAY-2000 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1900100-70868383-M-0077720297-20010522 0060501141A 01 0938066B2



FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1999
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO
09-AGO-2017 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1900100-00944679-M-1075320101-20171009 0057957257A 2 46633174

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE: ======

POTENCIA HP: 13

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902018000095492

No. | FECHA IMPORT: 16/05/2018

PUBLITAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ======

FECHA MATRICULA: 29/05/2018

FECHA EXP. LIC. TTO: 29/05/2018

FECHA VENCIMIENTO: ======

ORGANISMO DE TRÁNSITO: INST.TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA



LT02004999788

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jose luis Cedeño No Documento de Identidad 107532010

Edad 18 Sexo I Dirección Domicilio Cll 100+10-118 Ciudad Neiva Teléfono 3166534605

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jose luis Cedeño No. Documento de Identidad 107532010

Edad 18 Sexo I Dirección Domicilio Cll 100+10-118 Ciudad Neiva Teléfono 3166534605

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Yamaha Placa RUH11E Vehículo Mot

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 130800416818000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 03-07-18 Hora 16+45

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	-Km 37+100 mt via Neiva - Competella

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo iba conduciendo mi moto de placa RUH11E cuando soy colisionado por un carro y cayo accidente

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jose luis Cedeño identificado con c.c 107532010 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 03-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Jose luis SANCHEZ
Firma Victima
Nombre
107532010

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52590

CC 1075320101

NOMBRE:SANCHEZ CEDEÑO JOSE LUIS EDAD: 18 A F. NACI:99.08.04 SEXO:M ESTRATO:1 EC:S

DIRECCION:CLL 100 NO 10 118 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3188759663 ZONA:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION _____ 03/07/2018 17:50

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PALCAS RVH11E CUANDO COLISIONA CON UN CARRO Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.03-17:53:36>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52590

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: NO REFIERE**

RESUMEN DE SIGNOS

TA:110/74 FC:85 FR:20 T:37 SO2:98 PESO: TALLA: IMG. E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. DOLOR A LA PALPACION EN PIERNA IZQUIERDA. HERIDA DE 4 CM EN CARA INTERNA DE PIERNA IZQUIERDA TERCIO SUPERIOR. DOLOR A LA PALPACION DE MANO IZQUIERDA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52590

CC 1075320101

NOMBRE: SANCHEZ CEDEÑO JOSE LUIS **EDAD:** 16 A **F. NACI:** 99.08.04 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** S

DIRECCION: CLL 100 NO 10 116 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3188759663 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 03/07/2018 17:50

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S801 CONTUSION DE PIERNA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

S819 HERIDA DE LA PIERNA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

S601 CONTUSION DE MANO IZQUIERDA

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.03-17:53:39>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52590

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

--->><<18.07.03-18:50:22>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52590

*** EVOLUCION ***

SE REPORTA IMAGENES DIAGNOSTICAS, POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIAS:
1. PIERNA IZQUIERDA: NO SE EVIDENCIA FISURAA NI FRACTURA
2. MANO IZQUIERDO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA

--->><<18.07.03-18:51:55>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 -

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52590

CC 1075320101

NOMBRE:SANCHEZ CEDEÑO JOSE LUIS **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.08.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION: CLL 100 NO 10 118 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3188759663 **ZONA**: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 03/07/2018 17:50

ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 52590
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA ,
AL EXAMEN FISICO: PIERNA IZQUIERDA HERIDA SUTURADA EN CARA MEDIAL TERCIO PROXIMAL CON HEMATOMA DCE 15 CM BLANDO. NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: HERIDA PIERNA IZQUIERDA
HEMATOMA PIERNA IZQUIERDA
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS- CEFRADINA
CONTROL EN 12 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 15 DIAS

--->><<18.07.03-18:53:02>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52590
*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE D FICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
)ANTIBIOTICOTERAPIA
CONTROL EN 15 DIAS POR ORTOPEDIA
INCAPACIDAD MEDICA 12 DIAS
RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS
RECOMENDACIONES

--->><<18.07.03-18:56:05>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52590
*** PLAN ***

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG: TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS

** OTROS:

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52590

CC 1075320101

NOMBRE:SANCHEZ CEDEÑO JOSE LUIS **EDAD**: 18 A **F. NACI**:99.08.04 **SEXO**:M **ESTRATO**:1 **EC**:S

DIRECCION:CLL 100 NO 10 118 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3188759663 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 03/07/2018 17:50

RECONSULTAR SI POR HERIDA SE EVIDENCIA SALIDA DE PUS, SE PONGA ROJA, CALIENTE, DOLOR INTENSO.
CUPACIONES EN CASA CON ISODINE
APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR ORTOPEDIA 12 DIAS DR. GARCIA (SOLICITAR CITA ANTICIPADA)

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CEFRADINA 500 MG CANT: 24 TOMAR 1 TAB CADA 6 H
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

--->><<18.07.03-18:56:22>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52590
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.03-18:56:09 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: QUINCE (15) DIAS

--->><<18.07.03-20:55:29>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52590
*** EVOLUCION ***

SE ABRE FOLIO PARA CARGAR SALA DE SUTURA

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE SUTURAS
SUTURA
EN SALA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA, ANTISEPSIA Y ANESTESIA LOCAL SE SUTURA HERIDA EN PIERNA IZQUIERDA CON PROLENE 3-0, SIN COMPLICACIONES.

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52590

CC 1075320101

NOMBRE:SANCHEZ CEDEÑO JOSE LUIS EDAD: 18 A F. NACI:99.08.04 SEXO:M ESTRATO:1 EC:S

DIRECCION:CLL 100 NO 10 116 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3188759663 ZONA:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION _____ 03/07/2018 17:50

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S801 CONTUSION DE PIERNA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S819 HERIDA DE LA PIERNA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S601 CONTUSION DE MANO IZQUIERDA

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS FECHA:18.07.03 HORA:18:56:0

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 15 DIAS

Ana María Lobo M.
MEDICINA GENERAL
C.C. 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12054

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11731	NEIVA,30-Ago-2018	08:51:54
DIRECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.09.29	

CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: CAMPO GOMEZ YICETH

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: CAMPO GOMEZ YICETH

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
55183980	CAMPO GOMEZ YICETH	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: CAMPO GOMEZ YICETH**	**AT1324413784947**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
07 SEP 2018
CENTRO DE ACOPIO
Sonya

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÊN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANTONIO RIVAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL Aceptada, LA ENTIDAD FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Salud Essa S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17088

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI (X)

Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica (X) Ambulancia Medicada ( )

Vehiculo Placa No.: GGU 233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: (CC) | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	55163180	Yiceth		Campo	Gomez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: AV circun con cr 1H

Zona: U (X) R ( )

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 03 07 2008 A las: 14 30

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica de fracturas y ortopedia

NIT: 800 110 181-9 Código de habilitación: 410010041601

Dirección: cl 18 # 665

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756519

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

Diana Ríos

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diana Ríos

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1004194527

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

635

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17463

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 03

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO XNV780

No. DE POLIZA 13244137649947

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) William Andres Ramos C.C. 1075235757 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: AV circa San Cr 1H HASTA: Clínica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: BI Almendros Hora: 18756

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. Gbu 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR YICETH CAMPO GOMEZ IDENTIFICADO CON C.C. No. 55163780 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludioser S.A.S

30225

FECHA HORA DESPACHO HORA LLEGADA PRIORIDAD

H A N V B

Nombre Apellido Sexo Edad

FECHA NAC TO SEXO M F C.C. T.I. R.C. NUIP EDAD

RAZÓN DE LA ACTUAL Dirección Teléfono

EPS Placa

CAUSA QUE ORIGINA EL TRASLADO
- Accidente Transito
- Accidente Laboral
- Accidente Comun
- Terrorismo
- Lesion por agresion
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y CINEMÁTICA

Alergias

Medicamentos

Antecedentes Patológicos

Último Alimento Embarazo

Drogas

EXAMEN FISICO TA FC FR T

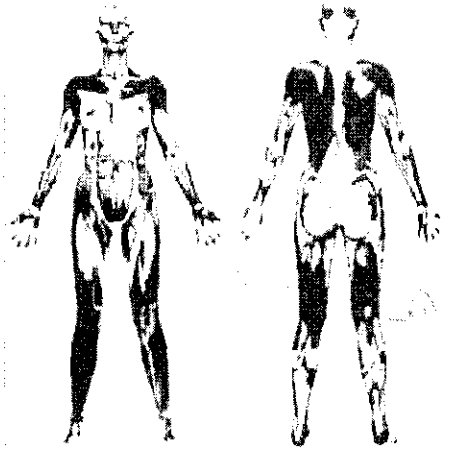
NEUROLOGICO PUPILAS D mm I mm

RTA
- 6 Obedece
- 5 Localiza
- 4 Retira
- 3 Flexión anormal
- 2 Extensión
- 1 No hay

RV
- 5 Orientada
- 4 Confusa
- 3 Inapropiada
- 2 Incomprensible
- 1 No hay

AO
- 4 Espontanea
- 3 Al llamado
- 2 Al dolor
- 1 No hay

TOTAL /15



1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsion
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Presión sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Neurológico	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aspiración
- Oxigenación
- Inmovilizar
- Ventilación
- RCP
- Vía Aérea
- Reanimación Mecánica
- Punción Cavada Distal
- Punción Cavada Distal
- Monitoreo
- Líquidos I.V.
- Asistida
- Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA

OBSERVACIONES

Traslado a

Remitido por

Se entrega Vivo Muerto

Firma del Paciente

Tipo TAM
unidad TAD

Nombre del Medico

Nombre Auxiliar

Nombre Conductor

Saludlaser

ALUDLASER SAS

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 03-07-2018 HORA 18+51

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Yiceth Campo Gomez

IDENTIFICACION 55163980

DIRECCIÓN Cll 115a # 9-64 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3133495080

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [ ] PEATON [ ] OCUPANTE [x]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Aveo Placa XJU78D

Poliza No. 1324-418764944 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Iba a mi trabajo como ocupante de motocarro el cual un peaton se cruza la calle sin observar para los lados y termina siendo arrollado.

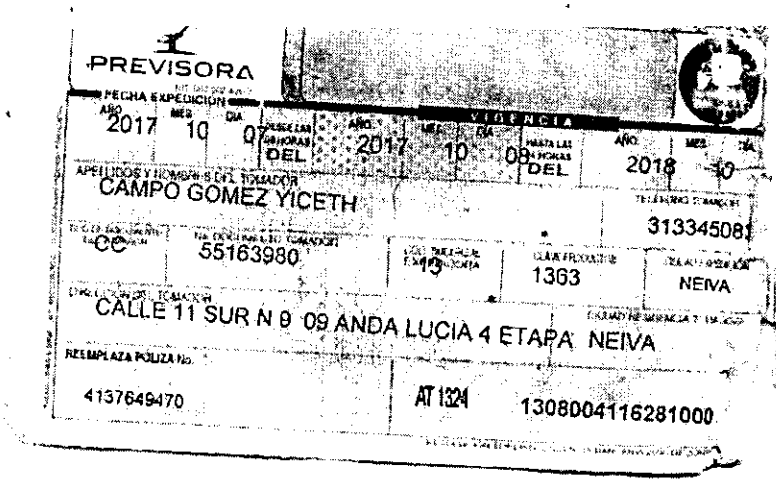
INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT.

Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.


PREVISORA

FECHA EXPEDICION AÑO 2017 MES 10 DIA 07

VIGENCIA DESDE LAS 12 HORAS DEL AÑO 2017 MES 10 DIA 08 HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR
CAMPO GOMEZ YICETH

TELEFONO TOMADOR 31334508

CC

NIT O DOCUMENTO TOMADOR 55163980

CLASE PROPIETARIO

CLASE PRODUCTO 1363

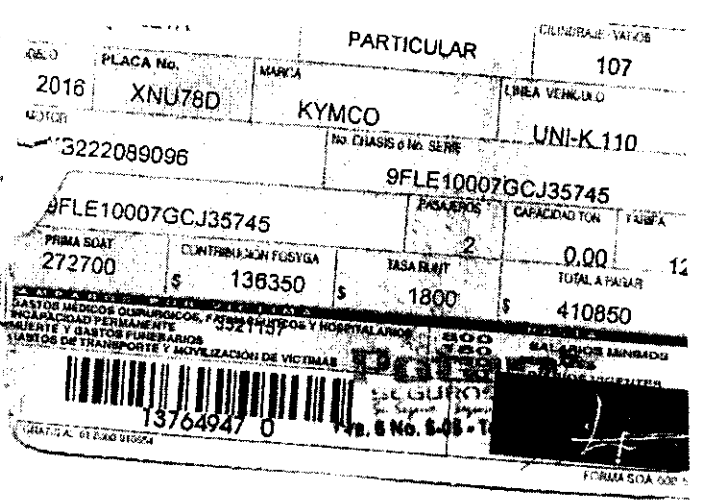
CLASE VEHICULO NEIVA

DIRECCION TOMADOR
CALLE 11 SUR N 9 09 ANDA LUCIA 4 ETAPA NEIVA

REMPLAZA POLIZA No.
4137649470

AT 1324

1308004116281000


PARTICULAR

CILINDRAJE / TATOS 107

AÑO 2016

PLACA No. XNU78D

MARCA KYMCO

LINEA VEHICULO UNI-K 110

MOTOR 3222089096

No. CHASIS o No. SERIE 9FLE10007GCJ35745

9FLE10007GCJ35745

PASAJEROS 2

CAPACIDAD TON

PRIMA SOAT 272700

CONTRIBUCION FOSYGA $ 136350

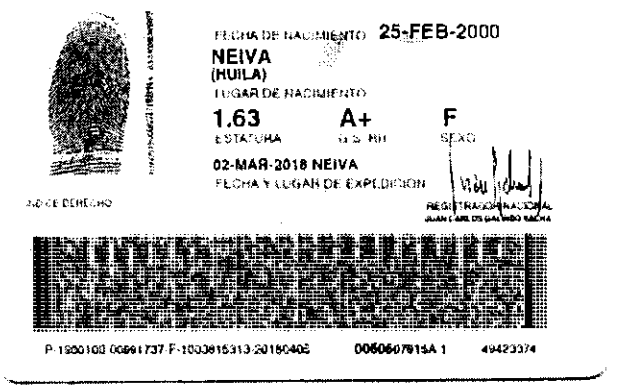
TASA RUNT $ 1800

TOTAL A PAGAR $ 410850

GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
INCAPACIDAD PERMANENTE
MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

13764947 0

FORMA SOA


FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-2000
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
02-MAR-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

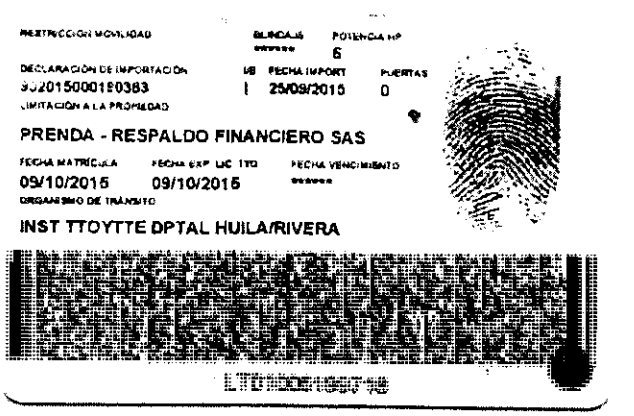
INDICE DERECHO

P-1500100-00691737-F-1003815313-20180405 0050607815A 1 49423374


FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1972
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
27-NOV-1990 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500100-00127650-F-0053103480-20081114 0005943566A 1 5660008972


RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP 6

DECLARACION DE IMPORTACION 002015000180383

VR

FECHA IMPORT 25/09/2015

PUERTAS 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD
PRENDA - RESPALDO FINANCIERO SAS

FECHA MATRICULA 09/10/2015

FECHA EXP LIC TTO 09/10/2015

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRANSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LTD

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 10 DIA 07

VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO 2017 MES 10 DIA 08 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 10 DIA 07

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CAMPO GOMEZ YICETH — TELEFONO: 31334508

CC — 55163980 — CLASE: 13 — CLASE PRODUCTO: 1363 — NEIVA

DIRECCION: CALLE 11 SUR N 9 09 ANDA LUCIA 4 ETAPA NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No: 4137649470 — AT1324 — 1308004116281000

SERVICIO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE: 107

MODELO: 2016 — PLACA No.: XNU78D — MARCA: KYMCO — LINEA VEHICULO: UNI-K 110

MOTOR: 3222089096 — No CHASIS o No. SERIE: 9FLE10007GCJ35745

9FLE10007GCJ35745 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT: 272700 — CONTRIBUCION FOSYGA: $ 136350 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 410850

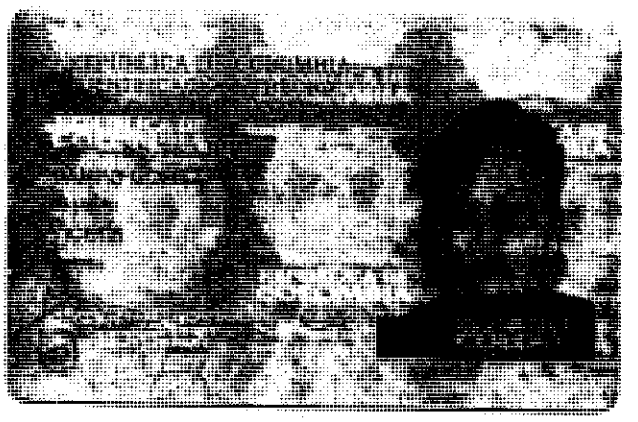
GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MINIMOS
INCAPACIDAD PERMANENTE: 352157 — 180
MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 180
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS: 180

13764947 0

FORMA SOA-002

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.815.313
LAISECA CAMPO
APELLIDOS
PAULA ANDREA
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010475466

PLACA XNU78D — MARCA KYMCO — LINEA UNI-K 110 — MODELO 2016
CILINDRADA CC 107 — COLOR NEGRO NEBULOSA — SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA — TIPO CARROCERIA SIN CARROCERIA — COMBUSTIBLE GASOLINA — CAPACIDAD KG/PSJ 2
NUMERO DE MOTOR KB222089096 — REG N — VIN 9FLE10007GCJ35745
NUMERO DE SERIE 9FLE10007GCJ35745 — REG N — NUMERO DE CHASIS 9FLE10007GCJ35745 — REG N
PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CAMPO GOMEZ YICETH — IDENTIFICACIÓN C.C. 55163980

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Liceth Campo No. Documento de Identidad 55163960

Edad 45 Sexo F Dirección Domicilio Mz 1 Su 9-09 Ciudad Neiva Teléfono 3133405

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Laura A. Lozada No Documento de Identidad 1075615313

Edad 18 Sexo F Dirección Domicilio Mz 11 Su 9-09 Ciudad Neiva Teléfono 3133405

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Kymco Placa XNU72D Vehículo Mot.

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. BUEOM1162E1000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 03-07-18 Hora 18+51

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor _____ Ocupante X Peatón _____	Av Circunvalar con Cra h

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo iba con acompañante en moto Kymco XNU72D cuando colisionamos con un peatón y los dos caimos

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Liceth Campo identificado con c.c. 55163960 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 03-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima 55.163.960 Nombre	Huella	Firma Acompañante Nombre	Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52597

CC 55163980

NOMBRE:CANPO GOMEZ YICETH EDAD: 45 A F. NACI:72.07.31 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 11 SUR NO 9 09 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3133450851 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 03/07/2018 19:46

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PALCAS XNU78D CUANDO COLISIONA CON UN PEATON Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PARRILLERA DE MOTO TRAIDA EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.03-19:48:19>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52597

*** Patologicos: OBESIDAD MORBIDA * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 130/80 FC: 72 FR: 23 T: 37 SO2: 98 PESO:145 TALLA: 150 IMG: .** E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, DOLOR A LA PALPACION DE CADERA IZQUIERDA

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52597

CC 55163980

NOMBRE: CAMPO GOMEZ YICETH **EDAD:** 45 A **F. NACI:** 72.07.31 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 11 SUR NO 9 09 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3133450831 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 03/07/2018 19:46

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S700 CONTUSION DE LA CADERA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
E669 OBESIDAD MORBIDA

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.03-19:48:22>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52597
*** PLAN ***

ANALGESIA E IMAGENOLOGIA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

--->><<18.07.03-21:10:54>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52597
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX CADERA IZQUIERDA SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.07.03-21:13:32>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52597
*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS Y SE ORDENA SALIDA CON FORMULA , RECOMENDACIONES, CONTROL E INCAPACIDAD

*** PLAN ***

** OTROS:

HIELO LOCAL Y REPOSO EN CASA; ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER REVALORADO NUEVAMENTE SI PRESENTA ENROGECIMIENTO DEL SITIO DEL TRAUMA, AUMENTO DEL VOLUMEN, , FIEBRE, CALOR LOCAL O MUCHO DOLOR; CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52597

CC 55163980

NOMBRE:CAMPO GOMEZ YICETH **EDAD**: 45 A **F. NACI**:72.07.31 **SEXO**:F **ESTRATO**:1 **EC**:U

DIRECCION:CLL 11 SUR NO 9 09 **CIUDAD**:NEIVA **TELEFONO**:3133450831 **ZONA**:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPAÑANTE**:

PARENTESCO: **DIRECCION**:_____ **TELEFONO**: **AT**:SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS**: SI

OBSERVACION _____ 03/07/2018 19:46

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20

ACETAMINOFEN TABLETAS, TOMARSE 2 (DOS) TABLETAS CADA 8 HORAS (6AM 2PM 10 PM)

--->><<18.07.03-21:14:51>>, (DR/A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL HISTORIA DE URGENCIAS 52597
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.03-21:14:32 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S700 CONTUSION DE LA CADERA IZQUIERDA	E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS **FECHA**:18.07.03 **HORA**:21:14:3

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD**: 3 DIAS

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Médico y Cirujano
RM 0967/03

FIRMA DEL MEDICO REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12055

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN 96**	**FECHA**	**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11732	NEIVA,30-Ago-2018	08:53:14
DIRECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.09.29	

CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: LAISECA CAMPO PAOLA ANDRE

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: LAISECA CAMPO PAOLA ANDREA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1003816313	LAISECA CAMPO PAOLA ANDREA	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: LAISECA CAMPO PAOLA ANDREA**	**AT1324413784947**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
07 SEP 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

SALUDLASER S.A.
NIT 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saldoser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 16699 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (SI es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] N.I. Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. 66U 233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1100381513	Paola	Andrea	Laiseca	Campo
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscite la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección AV circun con cr 17 Zona [X] R [ ]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 3 0 9 2 0 1 8 A las 1 4 3 0 H

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de fracturas y ortopedia

NIT 800 110 181-9 Código de habilitación 410100 4166 01

Dirección C 18 # 6 65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756311

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se he recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Diana [illegible]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

[illegible]

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1081[illegible]

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

647

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17460

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 02

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO XNO 78D

No. DE POLIZA 13241376494

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jose Nelson ceiguia C.C. 1116915013 DE doncello

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: AV. circun con Cr 1H HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia

B/ Palermos

Hora: 18:51

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 66U 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Paola Andrea

Larseca Campo IDENTIFICADO CON C.C. No. 1003515313 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S

30224

FECHA HORA HORA LLEGADA HORA ENTREGA PRIORIDAD

R A N V B

HISTORIA CLINICA

Nombre

FECHA NAC. SEXO C.C. R.C. NUMERO EDAD

C.M. T.I.

RESIDENCIA ACTUAL Dirección Barrio Municipio

Departamento Fijo Teléfono

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN Residencia Trabajo Seguridad Social POLIZA No. Estudiando

Otra Otra EPS-S Preparando

Otra Placa Embarcado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Transito Terrorismo Catastrofe

Accidente Laboral Lesión por agresión Otro

Accidente Comun Enfermedad General

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS Ayer Hoy

Envolvamientos

Antecedentes Patológicos

Alimento Toma Embarazo

Alergias

EXAMEN FISICO TA FC FR T° NEUROLOGICO PUPILAS D mm I mm

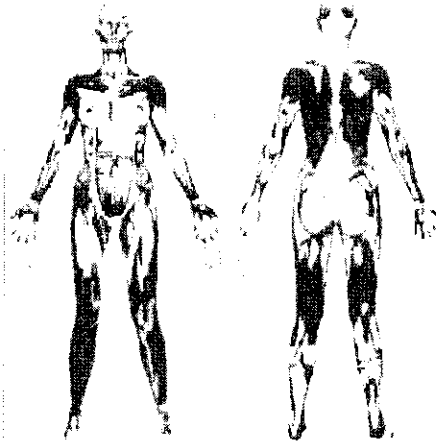
RCG
6 Obedece 4 Dolor 2 Extensión
5 Localiza 3 Flexión anormal 1 No hay

RV
5 Orientada 3 Inapropiada 1 No hay
4 Confusa 2 Incomprensible

AV
4 Espontánea 2 Al dolor TOTAL
3 Al llamado 1 No hay /15

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	No. 25	10-24	1-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

IMPRESION DIAGNOSTICA

PROCEDIMIENTOS

- O2 Gafas / Mascara
- Aspiración
- Oxigeno Puro
- Inmovilizó
- Ventilación
- RCP
- Reanimación
- Control Signos Vitales
- Control Signos Vitales
- Monitoreo
- Liquidos I.V.
- Asepsia
- Otro

Fractura Abierta

Recibido por:

Sitio Entrega Vivo Muerto

Firma del Paciente

Tipo unidad TAM TAS

OBSERVACIONES

GGU 233

Nombre de Medico Nombre Auxiliar Nombre Conductor

Saludlaser

SALUDLASER S.A.

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 03-01-2018 HORA 1815

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Paola Andrea Lasso Campo

IDENTIFICACION CC 1003815313

DIRECCION Cll 10a #9-09 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3138440813

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [b] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Auteco Placa XAU78D

Poliza No. 1321-4131649 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Victima que se moviliza como conductora de motocicleta de placa XAU78D, es arrollada por peatón habitante de la calle se le atraviesa y es arrollada

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En micondición de victima de accidente de transito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañías de seguros responsables de SOAT.

Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Paola Andrea Lasso

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA
C.C

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE
C.C.

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Paula A. Lavera No. Documento de Identidad 1003815313

Edad 18 Sexo F Dirección Domicilio Cll 11 Sur # 9-09 Ciudad Neiva Teléfono 3133450E

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Paula A. Lavera No. Documento de Identidad 1003815313

Edad 18 Sexo F Dirección Domicilio Cll 11 Sur # 9-09 Ciudad Neiva Teléfono 3133450E

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Kymco Placa MJU20D Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1300044116381000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 03-07-18 Hora 18+5,

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Av Circunvalar Carrera 4

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Iba con cuatro de los amigos en moto XMU20D cuando estuve con un perro y caí accidentada.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Paula A. Lavera identificado con c.c. 1003815313 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

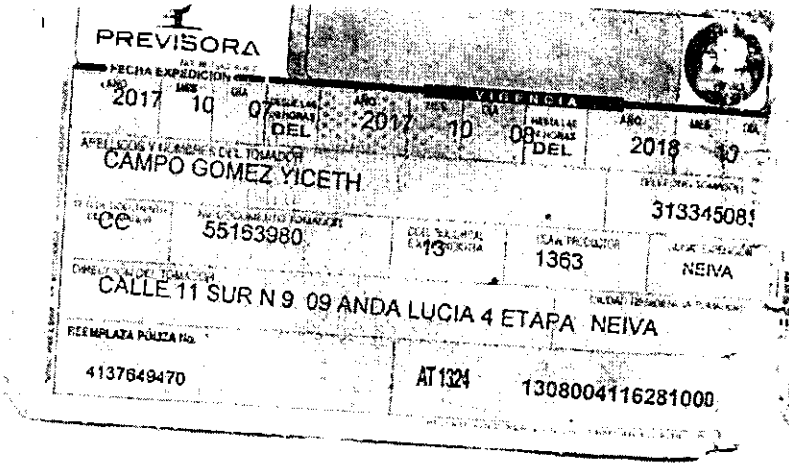
Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 03-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Paula Andrea Lavera

Firma Victima Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud


PREVISORA

VIGENCIA

DEL 2017 10 07 AL 2017 10 08 HASTA LAS 24 HORAS DEL 2018 10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR
CAMPO GOMEZ YICETH

CC 55163980

CELULAR 13

TASA PROTECTOR 1363

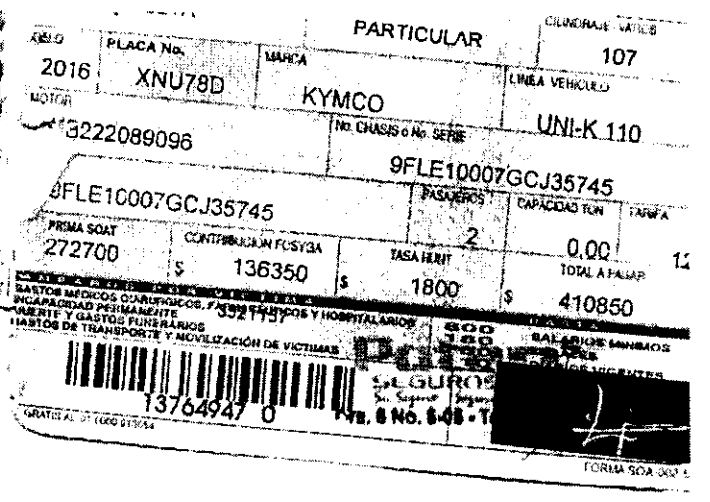
NEIVA

CALLE 11 SUR N 9 09 ANDA LUCIA 4 ETAPA NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.
4137649470

AT 1324

1308004116281000


PARTICULAR

AÑO 2016

PLACA No. XNU78D

MARCA KYMCO

LÍNEA VEHÍCULO UNI-K 110

CILINDRAJE 107

MOTOR G222089096

No. CHASIS o No. SERIE 9FLE10007GCJ35745

9FLE10007GCJ35745

PASAJEROS 2

CAPACIDAD TON

TARIFA

PRIMA SOAT 272700

CONTRIBUCIÓN FOSYGA $ 136350

TASA RUNT $ 1800

TOTAL A PAGAR $ 410850

GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS

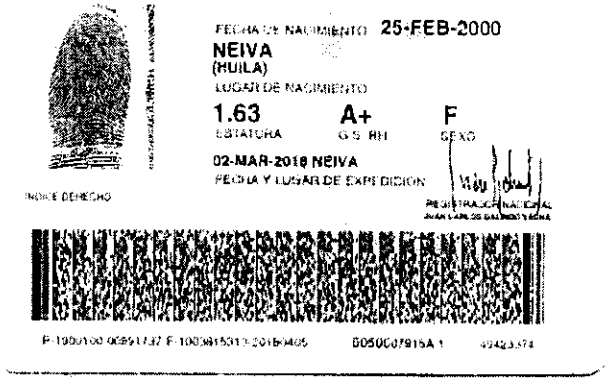
INCAPACIDAD PERMANENTE

MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

SALARIOS MINIMOS

13764947 0


FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-2000

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

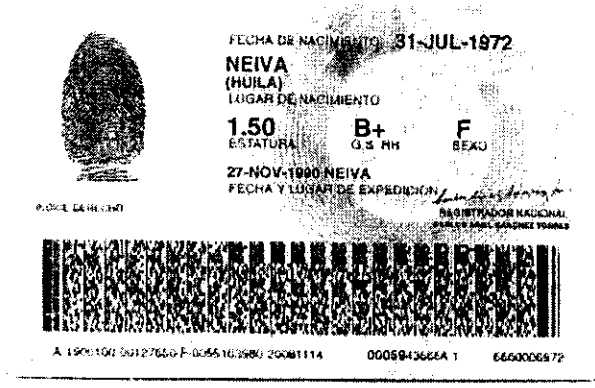
A+ G.S RH

F SEXO

02-MAR-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1972

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

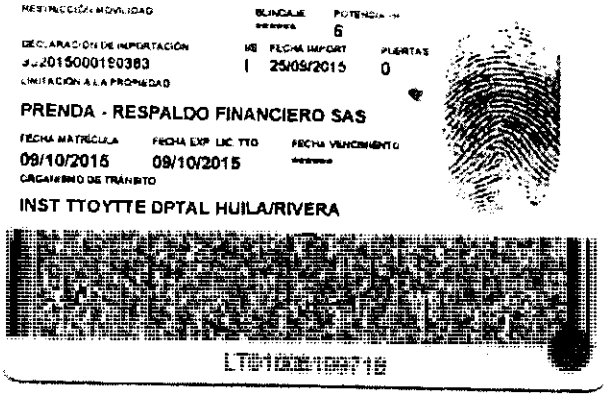
B+ G.S RH

F SEXO

27-NOV-1990 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO


RESTRICCIÓN MOVILIDAD

CILINDRAJE 6

POTENCIA

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
436201500019038 3

MS

FECHA IMPORT
25/05/2015

PUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - RESPALDO FINANCIERO SAS

FECHA MATRÍCULA
09/10/2015

FECHA EXP. LIC. TTO
09/10/2015

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT0[illegible]

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: 2017 10 07

VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS DEL 2017 10 08 — HASTA LAS 24 HORAS DEL 2018 10

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CAMPO GOMEZ YICETH

NUMERO DOCUMENTO: 31334508

TIPO DOCUMENTO: CC

NUMERO DOCUMENTO TOMADOR: 55163980

COD SUCURSAL EXPEDICION: 13

CODIGO PRODUCTOR: 1363

CIUDAD Y DEPTO: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 11 SUR N 9 09 ANDA LUCIA 4 ETAPA NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No: 4137649470

AT1324

1308004116281000

SERVICIO: MOTOCICLETA		SERVICIO: PARTICULAR		CILINDRAJE - VATIOS: 107			
MODELO: 2016	PLACA No.: XNU78D	MARCA: KYMCO		LINEA VEHICULO: UNI-K 110			
MOTOR: KB222089096		NO. CHASIS o No. SERIE: 9FLE10007GCJ35745					
9FLE10007GCJ35745				PASAJEROS: 2	CAPACIDAD TON: 0.00	TARIFA: 12	
PRIMA SOAT: 272700	CONTRIBUCION FOSYGA: $ 136350	TASA RUNT: $ 1800	TOTAL A PAGAR: $ 410850				

GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SMDLV

INCAPACIDAD PERM. ANTE: 352113

MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 250 SMDLV

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS: SALARIOS MINIMOS

13764947 0

FIRMA SOA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.003.815.313
LAISECA CAMPO
APELLIDOS
PAULA ANDREA
NOMBRES
Paula Andrea Laiseca
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010475466

PLACA: XNU78D	MARCA: KYMCO	LINEA: UNI-K 110	MODELO: 2016	
CILINDRADA CC: 107	COLOR: NEGRO NEBULOSA		SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PAS: 2	
NUMERO DE MOTOR: KB222089096		REG: N	VIN: 9FLE10007GCJ35745	
NUMERO DE SERIE: 9FLE10007GCJ35745		REG: N	NUMERO DE CHASIS: 9FLE10007GCJ35745	REG: N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES: CAMPO GOMEZ YICETH

IDENTIFICACION: C.C. 55163980

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1003815313 **ADMISION N :** 52596

NOMBRE: LAISECA CAMPO PAULA ANDREA **EDAD:** 18 A **F. NACI:** 00.02.25 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 11 SUR NO 9 09 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3133450831 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 03/07/2018 19:40

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTORA DE LA MOTO DE PALCAS XNU78D CUANDO COLISIONA CON UN PEATON Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDA EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><2018.07.03-19:45:33>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52596

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: 20 JUNIO 2018**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/70 **FC:** 72 **FR:** 22 **T:** 37 **SO2:** 99 **PESO:** 66 **TALLA:** 163 **IMG:** .** **E. EMBRIAGUEZ:** NO

E.CONCIENCIA: ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] **AO:** 4 **RM:** 6 **RV:** 5 **GLASGOW(** 15 **)**

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesiones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados. DOLOR A LA PALPACION EN REJA COSTAL IZQUIERDA QUE AUMENTA CON LA INSPIRACION

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, DOLOR A LA PALPACION EN CADERA DERECHA

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASIONES CON DOLOR A LA PALPACION EN AMBAS MANOS QUE AUMENTA CON EL CIERRE Y APERTURA, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52596

CC 1003815113

NOMBRE:LAISECA CAMPO PAULA ANDREA EDAD: 18 A F. NACI:00.02.25 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 11 SUR NO 9 09 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3133450831 ZONA:U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 03/07/2018 19:40

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S203 TRAUMA COSTAL IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S602 CONTUSION DE AMBAS MANOS

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
S700 CONTUSION DE LA CADERA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.03-19:45:35>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52596
*** PLAN ***

CURACION, ANALGESIA E IMAGENOLOGIA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE CADERA DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

--->><<18.07.03-21:26:45>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52596
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX REJA COSTAL IZQUIERDA, RX CADERA DERECHA, RX MANO DERECHA Y RX MANO IZQUIERDA SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.07.03-21:29:21>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52596
*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS Y SE ORDENA SALIDA CON FORMULA , RECOMENDACIONES, CONTROL E INCAPACIDAD

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52596

CC 1003815313

NOMBRE:LAISECA CAMPO PAULA ANDREA EDAD: 18 A F. NACI:00.02.25 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION:CLL 11 SUR NO 9 09 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3133450831 ZONA:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 03/07/2018 19:40

*** PLAN ***

** OTROS:

HIELO LOCAL, REPOSO Y CURACION EN CASA; ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER REVALORADO NUEVAMENTE SI PRESENTA ENROGECIMIENTO DEL SITIO DEL TRAUMA, AUMENTO DEL VOLUMEN, , FIEBRE, CALOR LOCAL O MUCHO DOLOR

** ORDENES MEDICAS:
VALORACION POR ORTOPEDIA MAÑANA 4 DE JULIO DE 2018 A LAS 9 AM DR. GARCIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 10
ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20

IBUPROFENO TABLETAS, TOMARSE 1 (UNA) TABLETA CADA 8 HORAS, PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA
ACETAMINOFEN TABLETAS, TOMARSE 2 (DOS) TABLETAS CADA 8 HORAS (6AM 2PM 10 PM)

--->><<18.07.03-21:29:41>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52596
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.03-21:29:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CUATRO (4) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S203 TRAUMA COSTAL IZQUIERDO

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S602 CONTUSION DE AMBAS MANOS

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S700 CONTUSION DE LA CADERA DERECHA

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
T141 ABRASIONES

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1003815313 ADMISION N : 52596

NOMBRE:LAISECA CAMPO PAULA ANDREA EDAD: 18 A F. NACI:00.02.25 SEXO: F ESTRATO: 1 EC: U

DIRECCION: CLL 11 SUR NO 9 09 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3133450831 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 03/07/2018 19:40

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS FECHA: 18.07.03 HORA: 21:29:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 4 DIAS

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Medico y Cirujano
RM 0987/09

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12062

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11739	NEIVA,30-Ago-2018		09:03:38
DIRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.29	

CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
5977877	JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL**	AT1324141974335	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
07 SEP 2018
CENTRO DE ACOPIO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT 900324272-2
REPRESENTANTE LEGAL
FRANCISCO ARDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

AS

Soldloser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 de MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

17371

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega:

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG) RG

AA1331

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: CC CE PA TI NI [X] Número de Identificación: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No: HFU90

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod: 41

Municipio: NEIVA Cod: 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento de Identidad: CC [X] CE PA TI RC AS MS

Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
C.C	5977677	Natanael		Jiménez	Gonzalez
2					
3					
4					

Tipo de evento que origina la movilización: Accidente de tránsito [X] Evento Catastrófico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Km 0 + 300 mts - Neiva - Cayuan Zona: U [X] R

Departamento: Huila Cod: 41

Municipio: Neiva Cod: 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La IPS certifica que la entidad de Transporte Especial ... realizó el traslado de la víctima a esta IPS

El día: 11 07 2018 A las: 16 15

Nombre IPS que atendió la víctima: Clínica de fracturas y ortopedia Hla

NIT: 800110181-9 Código de habilitación: 410010046601

Dirección: Cll. 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod: 41 Teléfono: 8756547

Municipio: Neiva Cod: 001

Angelo Tovar

Dr. Angelo Tovar
Médico Cirujano
C.C. 7726132 - R.M. 368

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC 7726132

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE ESPECIAL O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZÓ EL TRANSPORTE

Saludlaser SAS
FRANCISCO ...
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

14

099

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17430

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 11

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO RVE15E

No. DE POLIZA 13241419743355

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) William Andres Ramos C.C. 1075235957 DE Neiva.

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Km 0+300mts - Neiva HASTA: clinica de fracturas y ortopedia.

TIPO DE TRANSPORTE: Hora. 15+41. Caguan -

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Natanael Jimenez Gonzalez IDENTIFICADO CON C.C. No. V 977 677 DE Prado Tolima

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludinser

30132

FECHA 11 Jche 2018 | HORA ESTADO 15:41 | HORA SALIDA 15:54 | HORA ENTREGA 16:15 | PRIORIDAD R X N V B

HISTORIA CLINICA

Jimenez Gonzalez Natanael | Nombres | S977677

FECHA NACIMIENTO 26 Jun 1962 | SEXO X | CC X | RC | PAS | NUMERO S977677 | EDAD

DIRECCION Cra 41 #2039 | BARRIO Limonar | Municipio Neiva | Departamento Huila | País Colombia | Teléfono 8732480

KM 0+300m Neiva-Laguna

ASEGURADORA: Preunsora | PLACA BVE15E | POLIZA No 13241419774335 | EPS-C Comfamiliar | Estudiante | Prepagada | Vinculado

CAUSA DE LA ATENCION: X Accidente de Trabajo | Accidente de Tránsito | Accidente Laboral | Terrorismo | Lesión por agresión | Evento Catastrófico | Catastrofe | Otro

DATOS DE VALORACION CLINICA: paciente Masculino mayor de edad que se moviliza en su motocicleta como conductor que cae cambio la moto sobre (rodilla) pierde el control. | Antecedentes: Niega | Medicamentos: Lozartan | Antecedentes Paraclínicos: Hipertenso | Alergias: | Abortos: | Embarazo: X

Drogas: Niega

SIGNOS VITALES: TA 140/110 | FC 84 | FR 24 | T 37c | NEUROLOGICO: PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M. 6 Ordenes 5 Localiza 4 Retira 3 Flexión anormal 2 Extensión 1 No hay

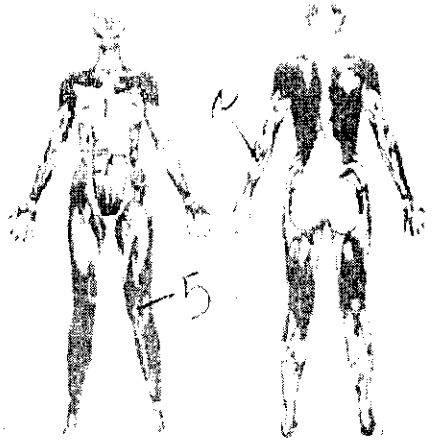
R.V. 5 Orientada 4 Confusa 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 No hay

A.O. 4 Espontanea 3 Al llamado 2 Al dolor 1 No hay

TOTAL 15 /15

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0



1 Heridas
2 Abrasión
3 Hematoma
4 Contusión
5 Deformidad
6 Fractura Abierta
7 Quemadura
8 Edema
9 Amputación
10 Avulsión
11 Dolor

PROCEDIMIENTOS: Monitoreo | Canalización IV | Sutura | Otro

IMPRESION DIAGNOSTICA: abrasion codo izq + Deformidad codo izq

Fractura de fracturas y ortopedia

Remitido a: | Recibe: | Se entrega vivo: X Muerto | Firma del Paciente:

Tipo unidad: TAM | TAB

OBSERVACIONES: HFU 906

Nombre del Medico: | Nombre Auxiliar: Elizabeth Tafur | Nombre Conductor: William Ramos

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 18 A NO 6 -46 TELS: 8752231

EMAIL: SALUDLASER 2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 11 Julio 2018 HORA

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Nataniel Jimenez Gonzalez

IDENTIFICACION 5.977.677

DIRECCION Cra 41 # 20-39 TELEFONO FIJO 8732480

TELEFONO CELULAR

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR X PEATON OCUPANTE

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Hero Placa RVE 15E

Poliza No 132414197433 5 Aseguradora Preservar.

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Paciente masculino mayor de edad que iba como conductor de moto que se cuando pierde el control de la motocicleta

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 5977677

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DIA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA
2018	05	23	2018	05	24	2019	05	23

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL — TELEFONO: 3202460772

CC 5977677 — 13 — 1953 — TESALIA

DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 41 N 20 39 — NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.

4141974335 — AT 1324 — 1308004161489000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	97

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2019	RVE15E	HERO	ECO DELUXE I3S

NO. MOTOR	NO. CHASIS O No. SERIE
HA11ENJ9A07387	9G5HAH029KVJD1017

VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9G5HAH029KVJD1017	2	0,00	111

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FONSYGA	IVA	TOTAL A PAGAR
$ 223900	$ 111950	$ 1800	$ 337650

AMPARADOS EN LA POLIZA

	TARIFA
A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	800 SALARIOS MINIMOS
B INCAPACIDAD PERMANENTE	180
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	10

14197433 5

Pot SEGUROS Su Seguro Seguro

FIRMA AUTORIZADA

NEIVA: CR 4 No. 10-56 . Tel 871780

FORMA SOA 002 9

RESTRICCION MOVILIDAD

DECLARACION DE IMPORTACION: 88201B000055758

LIMITACION A LA PROPIEDAD

CILINDRAJE: 8 — POTENCIA HP

LIC — FECHA IMPORT: 26/04/2018 — PUERTAS: 0

FECHA MATRICULA: 25/05/2018 — FECHA EXPEDICION: 25/05/2018 — FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRANSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT02004999759

FECHA DE NACIMIENTO: 26-JUN-1962

NATAGAIMA (TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 — ESTATURA — O+ — G.S. RH — M — SEXO

24-OCT-1980 PRADO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A 1900100 60875598 M 0005977677 20170102 — 00530005813 1 — 9966291506

10

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS AÑO	MES	DÍA
2018	05	23	DEL 2018	05	24	DEL 2019	05	23

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL — NIT/CC: 3202460772

CLASE DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD EXPEDICIÓN	AÑO EXPEDICIÓN	DEPARTAMENTO
CC	5977677	13	1953	TESALIA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 41 N 20 39 — CIUDAD DE LA DIRECCIÓN: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: AT 1324 — 1308004161489000

9141976335

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2019	RVE15E	HERO	ECO DELUXE I3S

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
HA11ENJ9A07387	9G5HAH029KVJD1017

VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9G5HAH029KVJD1017	2	0.00	111

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONDO	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 223900	$ 111950	$ 1800	$ 337650

AMPARADOS POR EVENTO — HASTA
A GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MÍNIMOS
B INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 10

14197433 5

Pol SEGUROS — Su Seguro Seguro

FIRMA AUTORIZADA

NEIVA: CR 4 No. 10-55 - Tel 871780

FORMA SOAT

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10016153513

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
RVE15E	HERO	ECO DELUXE I3S	2019

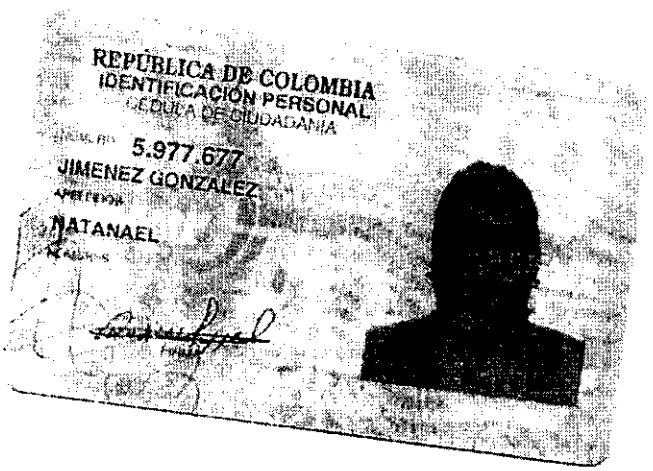
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
98	NEGRO GRIS	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KILOS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: HA11ENJ9A07387 — REG: N — VIN: 9G5HAH029KVJD1017

NÚMERO DE SERIE: — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: 9G5HAH029KVJD1017 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL — IDENTIFICACIÓN: C.C. 5977677



9

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Nathanael Arenas No. Documento de Identidad 5977677

Edad 56 Sexo M Dirección Domicilio Cra 41 # 20-39 Ciudad Neiva Teléfono 8732480

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Nathanael Arenas No. Documento de Identidad 5977677

Edad 56 Sexo M Dirección Domicilio Cra 41 # 20-39 Ciudad Neiva Teléfono 8732480

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Leo Placa RVE15E Vehículo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 3006041614E9000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 11-07-18 Hora 15:41

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante Peatón	Km 07+300 mts vía Neiva - Rivera

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la descripción de los hechos

Iba bajando una curva choque moto de placas RVE15E cuando en un derrape perdí el control y caí al suelo

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo, Nathanael Arenas identificado con c.c. 5977677 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 11-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

5977677

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 597.677 ADMISION N : 53162

NOMBRE:JIMENEZ GONZALES NATANAEL EDAD: 56 A F. NACI:62.06.26 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U
DIRECCION: CRA 41 NO 20 39 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:8732480 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 11/07/2018 16:32

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS RVE15E CUANDO EN UN ARENAL PIERDE EL CONTROL Y CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO,

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposicion diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.11-16:37:29>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 53162

*** Patologicos: HTA HACE 10 AÑOS EN TTO CON LOSARTAN 100 MG X 2, ASA 100 MG DIA, REFIERE QUE TOMA OTRO MEDICAMENTO PARA LA TENSION PERO NO RECUERDA EL NOMBRE. * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 178/95 FC: 73 FR: 20 T: 37 SO2: 0 PESO:84 TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ:NO
E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

ABRASION EN CARA EXTERNA DEL CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO, ABRASION EN DORSO DE MANO IZQUIERDA, ABRASION EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQUIERDA, DOLOR A LA PALPACION DE LA RODILLA IZQUIERDA, EDEMA EN RODILLA IZQUIERDA, DOLOR A LA PALPACION DE LA PIERNA IZQUIERDA, EDEMA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 5977677 ADMISION N : 53162

NOMBRE:JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL EDAD: 56 A F. NACI:62.06.26 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U
DIRECCION: CRA 41 NO 20 39 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:8732480 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAEANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 11/07/2018 16:32

PIEL
De aspecto normal.
FANERAS
De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA
DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S801 TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA
DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.11-16:37:32>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** PLAN ***

ANALGESIA
CURACION

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 2 100 MG SC AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

--->><<18.07.11-17:39:03>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX DE RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES
RX DE PIERNA IZQUIERDA SE OBSERVA FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL

--->><<18.07.11-17:41:02>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON AUMENTO DE VOLUMEN EN RODILLA IZQUIERDA Y FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES, SE DECIDE DEJAR EN OBSERVACION, MANEJO DEL DOLOR, MANEJO ANTIEDEMA, SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA.

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 5977677 **ADMISION N_:** 53162

NOMBRE: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL **EDAD:** 56 A **F. NACI:** 62.06.26 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 41 NO 20 39 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8732480 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 11/07/2018 16:32

LACTATO RINGER BOL X 500ML BAXTER CANT: 2 PASAR A 50 ML CADA HORA
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 3 75 MG IV CADA 8 HORAS
CLORURO SODIO AL 0.9%100ML BAXTER CANT: 3 PARA DILUIR MEDICAMENTOS
OBSERVACION
DIETA HIPOSODICA
CUIDADOS DE ENFERMERIA
PREVENCION DE CAIDAS
PREVENCION DE IAAS
MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ELEVADO
SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA
CSV Y AC

--->><<10.07.11-17:41:44>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 77.6132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** EVOLUCION ***

SE COMENTA PACIENTE CON MEDICO ORTOPEDISTA DE TURNO QUIEN ORDENA TOMAR TAC DE RODILLA IZQUIERDA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

--->><<10.07.11-18:25:56>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
SE REALIZA INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON FERULA DE YESO, SIN COMPLICACIONES,

--->><<10.07.11-21:04:44>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON POSTERIOR LIMITACION FUNCIONAL ; AL EXAMEN FISICO PRESENTA DOLOR MODERADO CON AUMENTO MODERADO DEL COLUMEN, NO EDEMA A TENSION, PULSOS PRESENTES, BUENA PERFUSION DISTAL ; LAS IMAGENES MUESTRAN FRACTURA CONMINUTA DE PLATILLOS TIBIALES ESPECIALMENTE EL EXTERNO CONHUNDIMIENTO IMPORTANTE DE +/- 1,5 CM DEL PLATILLO TIBIAL EXTERNO

DX
FRACTURA PLATILLO TIBIAL IZQUIERDO

CONDUCTA
OBSERVACION

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 5977677 **ADMISION N :** 53162

NOMBRE: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL **EDAD:** 56 A **F. NACI:** 62.06.26 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 41 NO 20 39 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8732480 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 11/07/2018 16:32

VIGILAR EDEMA, PULSO, PERFUSION, PARESTESIAS, AUMENTO DEL VOLUMEN
MANTENER FERULA
TAC DE RODILLA IZQUIERDA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC DE RODILLA IZQUIERDA

--->><<18.07.11-21:05:30>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

TAC RODILLA IZQUIERCA SE CORROBORA FRACTURA CONMINUTA CON GRAN HUNDIMIENTO DE PLATILLO EXTERNO

--->><<18.07.12-06:36:31>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7703628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** EVOLUCION ***

DIAGNOSTICO
1. FRACTURA CONMINUTAPLATILLO TIBIAL TIBIA IZQUIERDA

S:/ REFIERE SENTIRSE BIEN, CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, TOLERA VIA ORAL

O:/ TA: 159/96 FC: 63 X MIN FR: 18 X MIN SaO2: 95 %

CABEZA Y CUELLO: Normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas húmedas, conjuntivas rosadas, vision bilateral sin alteraciones, Otoscopia normal, Cavisad Oral sin lesiones aparentes

TORAX: Normoconfigurado, sin aparentes lesiones externas, Ruidos Cardiacos Ritmicos sin soplos ni agregados, Pulmones bien ventilados, en ambos campos pulmonares

ABDOMEN: Blando, depresible, no masas ni megalias, ruidos intestinales positivos

PELVIS: Sin aparentes lesiones externas, no dolorosa a la palpacion

DORSO: Sin aparentes lesiones externas, no deformidad en columna

EXTREMIDADES: Eutroficas, perfusión distal adecuada en las 4 extremidades, pulsos distales positivos, ABRASIONES CURADAS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO Y MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, FERULA POSTERIOR DE YESO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

NEUROLOGICO: Pupilas Isocóricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT (++)

A:/ PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, DEBE CONTINUAR MANEJO EN OBSERVACION

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 5977677 **ADMISION N :** 53162

NOMBRE: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL **EDAD:** 56 A **F. NACI:** 62.06.26 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 41 NO 20 39 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8732480 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** _____ **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION _____ 11/07/2018 16:32

P:/ SEGUIR ORDENES MÉDICAS

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 2 1000 CC PARA 24 HORAS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 3 75 MG IV CADA 8 HORAS
CLORURO SODIO AL 0.9%100MLBAXTER CANT: 6 PARA DILUIR MEDICAMENTOS
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 100 MG SC AHORA

DIETA NORMAL
CABECERA A 30 GRADOS
BARANDAS ARRIBA EN CAMA
VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
VIGILAR PERFUSION Y PULSOS DISTALES E INFORMAR ALTERACION CLINICA
REVISAR MANILLA DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE
APLICAR PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAÍDAS
CONTROL SIGNOS VITALES E INFORMAR CAMBIOS DE SUS PARAMETROS NORMALES
MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTITROMBOTICAS

--->><<15.07.13-08:19:26>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILA, IZQUIERDA EN OBSERVACION PARA MANEJO DE EDEMA Y ANALGESIA
AL EXAMEN FISICO PRESENTA DISMINUCION DE EDEMA BUENA PERFUSION DISTAL DE MIEMBRO NO PARESTESIAS LIMITACION DE LA MOVILIDAD DE LA RODILLA

PLAN
MANTENER FERUAL DE YESO
ALTA
AINES
TOMAR PREQUIRUGICOS
SE PROGRAMA PARA CIRUGIA
HOSPITALIZAR EL DIA 19/07/2018 ALAS 11 AM
** ORDENES Qx:

SE PROGRAMA PARA OSTOESINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES+ INJERTO OSEO
FECHA JUEVES 19/07/2018 TIEMPO QUIRURGICO 11/2 HORAS
MATERIAL PLACA EN L DE 5 H TRAER SET DE PLACAS Y TORNILLOS + CLAVOS DE KISNERT

DIAGNOSTICOS
S821-FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA TIPO FRAC: CERRADA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 5977677 ADMISION N : 53162

NOMBRE:JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL EDAD: 56 A F. NACI:62.06.26 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CRA 41 NO 20 39 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:8732480 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 11/07/2018 16:32

S827-FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA TIPO FRAC: CERRADA
T141-HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

--->><<18.07.12-08:29:34>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** EVOLUCION ***

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

*** PLAN ***

SALIDA
AINES
PREQUIRURGICOS
HOSPITALIZARSE PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO 19/07/18 11 AM
RECOMENDACIONES

--->><<18.07.12-08:33:41>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** PLAN ***

** OTROS:

RECONSULTAR SI EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DICIAL.
-- REPOSO.
--- MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
--- NO MOJAR YESO

** PARACLINICOS/DIAGNOSTICOS:

SS HEMOGRAMA, TP, TPT, INR, GLICEMIA POSTPRANDIAL, CREATININA** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATOS MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** ORDENES MEDICAS:

HOSPITALIZARSE PARA PROCEDIMEINTO QUIRUGICO 19/07/18 11+00 HR

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 5977677 **ADMISION N :** 53162

NOMBRE: JIMENEZ GONZALEZ NATANAEL **EDAD:** 96 A **F. NACI:** 62.06.26 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CRA 41 NO 20 39 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 8732480 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 11/07/2018 16:32

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

--->>>18.07.12-08:34:01>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 -
MEDICINA GENERAL: HISTORIA DE URGENCIAS 53162
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.12-08:33:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S827 FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 30 DIAS **FECHA:** 18.07.12 **HORA:** 08:33:4

Ana María Lobo M.
MEDICINA GENERAL
C.C. 1091667678
Universidad Surcolombiana

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

7

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12067

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
860002400 (AT1324) LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-11744	NEIVA,30-Ago-2018	09:10:10
DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773			**FECHA VENCIMIENTO** 2018.09.29	

CONTRATO/PLAN 001 01 SOAT

REGIMEN OTRO REGIMEN

Observaciones: PACIENTE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7884886	VALDERRAMA RUEDA EDUARD	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD**	AT1324134847011	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
07 SEP 2018
CENTRO DE ACOPIO
Soraya

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÊN

PAG. 1

Saludlaser SALUDLASER S.A.S. NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL | **Aceptada, LA ENTIDAD** | **FACTURADOR :** SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldoser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17471

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | **N.I.** (X) Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: HFV 906 Ambulancia Básica (X) Ambulancia Medicada ( )

Vehiculo Placa No.

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: **C.C.** (X) | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7684885	EDWIN		[illegible]	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cll 68 Con Cra 34

Departamento: Huila Cod. 41 Zona U (X) R ( )

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: D D M M A A A A 15 03 2008 A las: H H M M 13 30

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Emcrvida a Topoco

NIT: 800110181-9 Código de habilitación: 4100100466

Dirección: Cll 18 #665

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756249

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Angela Rocha

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Angela Rocha

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

AG-40496

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

Resolución 0153 de 26 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega: [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

No. Radicado: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

No. Radicado Anterior (Respuesta): [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] RG

AM 94

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: CC CE PA TI [X] Número de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No: HFS 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod: 41

Municipio: NEIVA Cod: 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: [X] CC CE PA TI RC AS MS

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C	7684885	EDWARD		VALDERRAMA	PLAZA
2						
3						
4						

Tipo del evento que asocia la movilización: Accidente de Tránsito [X] Evento Catastrófico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cll 68 con Cra 34 Zona: U [ ] R [ ]

Departamento: Hv. lo Cod: 41

Municipio: Neiva Cod: 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

Día: 13 07 2018 Año: 13/M 13

Nombre IPS que atendió la victima: Clínica Fracturas Especial

NIT: 800110181-9 Código de habilitación: 4100100466?

Dirección: Cll 18 #665

Departamento: Huila Cod: 41 Telefono: 8756249

Municipio: Neiva Cod: 001

Angela Rocha S

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIBLES DE LA IPS

Angela Rocha

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIBLES DE LA IPS

40790996

NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIBLES DE LA IPS

Saludlaser SALUD

FRANCISCO A... REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA EPS O ENTIDAD ADAPTADA QUE REALIZA EL TRASLADO

Folio No: [ ][ ][ ]

15

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17532

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIÁ 13

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO MFJ18B

No. DE POLIZA 13241345470111

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Peña Losada C.C. 1075253271 DE Neiva Huila

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cll 68 Con Cra 34 HASTA: Clínica Hectores Ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: 12+36

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR EDUARD VALDERRAMA RUEDA IDENTIFICADO CON C.C. No. 7684885 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

677

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

1332

INFORME No.

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	07	13

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS — PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: MEJ 18B

No. DE POLIZA: 13241345470 11

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Cristian Camilo Peña Losada C.C. 1075253271 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA DESDE: cll 68 Con Cra 34 HASTA: Clínica Especiales Ortopedico

TIPO DE TRANSPORTE: 12+36

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR OTRO PLACA No.: HFU 906

LA PRESENTE RECLAMACION ES POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR: EDUARD

Valderrama Ruiz IDENTIFICADO CON C.C. No. 76 848 85 DE

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL: SALUDLASER S.A.S

CON NIT: 900.324.272-2

SaludLaser S.A.S. NIT 900.324.272-2 FRANCISCO AL... REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Cultlaser S.A.S.

0186

FECHA | HORA DE SALIDA | HORA DE LLEGADA | HORA CLÍNICA | PRIORIDAD

R A N V B

NOMBRE CLÍNICA

Trasladado | Trasladado | Nom

FECHA NAC | SEXO M F | C.C. T.I. R.C. C.E. | NUMERO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Ciudad | Departamento | Pais | Teléfono

DIRECCIÓN DE ACCIDENTE | Barrio | Ciudad | Vereda | Casa | Finca | SEGUN POLIZA No. | ESPECIFIQUE | Particular | Prepagada | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Transito | Accidente Laboral | Accidente Casero | Terrorismo | Lesion por agresion | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS

Alergias

Medicamentos

Antecedentes Patologicos

Ultima Comida | Horas | Embarazo

EXAMEN FISICO TA | FC | FR | T | PUPILAS D mm I mm

A.V.	6 Orientado	4 Retira	2 Extension	
	5 Localiza	3 Flexion anormal	1 No hay	
R.V.	5 Orientado	3 Inapropiada	1 No hay	
	4 Confusa	2 Incomprensible		
A.O.	4 Espontaneo	2 Al dolor	TOTAL	
	3 Al llamado	1 No hay	/15	

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	25-35	4	3	2	1	0
Sistolico	>89	5	4	3	2	1	0
Llenado Capilar	Normal	Lento	Ausente		
	2	1	0		
Neurologico	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

1. Heridas
2. Abrasion
3. Hematoma
4. Contusion
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10. Avulsion
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical | Ferula | Monitoreo | Canalizo | Inmovilizacion | Canalizo VO | Oxigeno | Inmovilizacion de Pelvis | Sonda | Inmovilizacion de Tibia | Otro

OBSERVACIONES

IMPRESION DIAGNOSTICA

Entregado a | Recibido por | Hora | Firma del Paciente

Dr. Anyelo Tovar
Médico Cirujano
C.C. 7726132 - R.M. 358

TAM | TAD | unidad

Nombre del Medico | Nombre Auxiliar | Nombre Conductor

N3

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR CALLE 18 A No 6-46 - TELS: 8255231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 13-07-2018 HORA 12:36

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Eduard Valderrama Rueda

IDENTIFICACION 7684885

DIRECCION calle 71 N°24-24 Trinidad TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3118298916

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo moto Marca Placa MEJ18B

Poliza No. 1324134547017 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Es un paciente de Sexo masculino que iba como conductor de una motocicleta, lo cual se accidenta al chocar con un bus de servicio Público.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las companias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Eduard Valderrama Rueda

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

cc 7684885

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

cc

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Edvard Valderrama Rueda No. Documento de Identidad 7684885

Edad 48 Sexo M Dirección Domicilio C117 # 24-24 Ciudad NEIVA Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3118298976

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Eduard Valderrama Rueda No. Documento de Identidad 7684885

Edad 48 Sexo M Dirección Domicilio C117 # 24-24 Ciudad NEIVA Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3118298976

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca SUZUKI Placa MEJ18B Vehículo MOTO

Aseguradora PREVISORA Póliza No. 1308000410209000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 13-07-18 Hora

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante Peatón	C11 68 con Cr 34

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

YO Eduard en calidad de conductor de la moto de placas MEJ18B que al colisionar con un BUS cargo sufriendo LESIONES.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Eduard Valderrama Rueda identificado con c.c. 7684885 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de NEIVA Fecha y hora 13-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

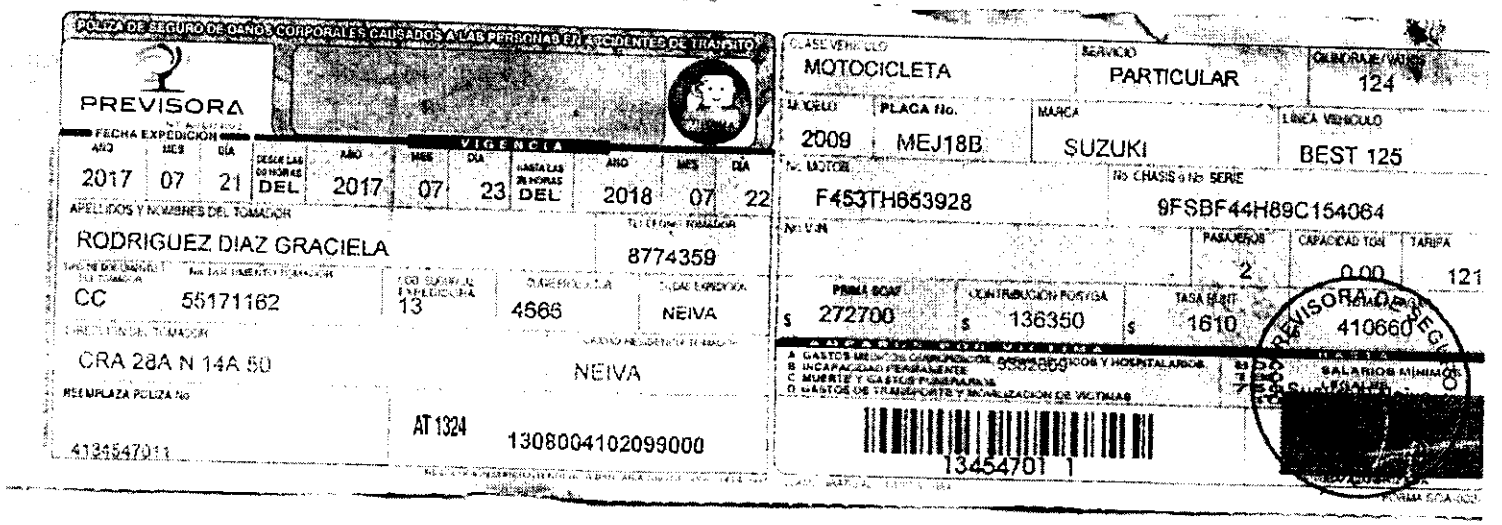
Firma Víctima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud



POLIZA DE SEGUROS DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 07 DIA 21

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO 2017 MES 07 DIA 23 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 07 DIA 22

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: RODRIGUEZ DIAZ GRACIELA

TELEFONO TOMADOR: 8774359

CC 55171162 | 13 | 4566 | NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CRA 28A N 14A 50 | NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No: 4131547011 | AT 1324 | 1308004102099000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA | SERVICIO: PARTICULAR | OCUPANTES / VALOR: 124

MODELO: 2009 | PLACA No.: MEJ18B | MARCA: SUZUKI | LINEA VEHICULO: BEST 125

No. MOTOR: F453TH653928 | No CHASIS o No SERIE: 9FSBF44H89C154064

No. VIN | PASAJEROS: 2 | CAPACIDAD TON: 0.00 | TARIFA: 121

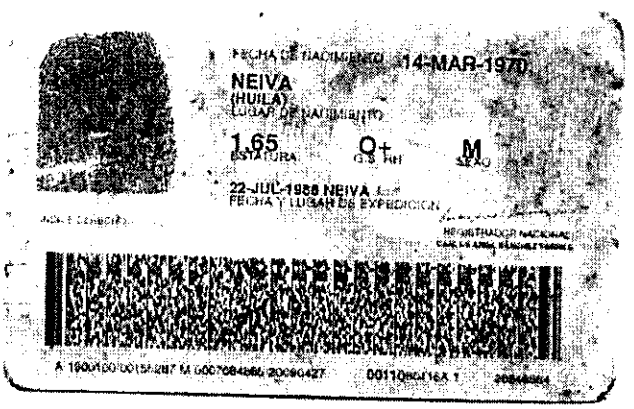
PRIMA SOAT: $ 272700 | CONTRIBUCION FONSYGA: $ 136350 | TASA RUNT: $ 1610 | TOTAL: $ 410660

A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 5302809
B INCAPACIDAD PERMANENTE
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

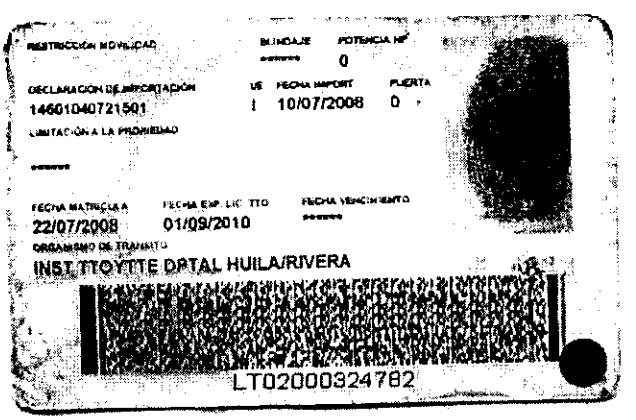
SALARIOS MINIMOS LEGALES: 8

13454701 1

PREVISORA S.A. SEGUROS 410660



FECHA DE NACIMIENTO: 14-MAR-1970
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO
22-JUL-1988 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL



RESTRICCION MOVILIDAD | BLINDAJE | POTENCIA HP: 0
DECLARACION DE IMPORTACION: 14601040721501 | LIC TTO | FECHA IMPORT: 10/07/2008 | PUERTA: 0
LIMITACION A LA PROPIEDAD
FECHA MATRICULA: 22/07/2008 | FECHA EXP. LIC. TTO: 01/09/2010 | FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO: INST TTO Y TTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT0200032478Z

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 00 HORAS	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA
2017	07	21	DEL	2017	07	23	DEL	2018	07	22

VIGENCIA

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: RODRIGUEZ DIAZ GRACIELA — TELEFONO TOMADOR: 8774359

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL EXPEDICION	CLASE DE CONTRATO	CIUDAD EXPEDICION
CC	55171162	13	4666	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CRA 28A N 14A 50 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No: 4134547011

AT 1324 — 1308004102099000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2009	MEJ18B	SUZUKI	BEST 125

No. MOTOR: F453TH853928 — No. CHASIS o No. SERIE: 9FSBF44H89C154064

PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
2	0.00	121

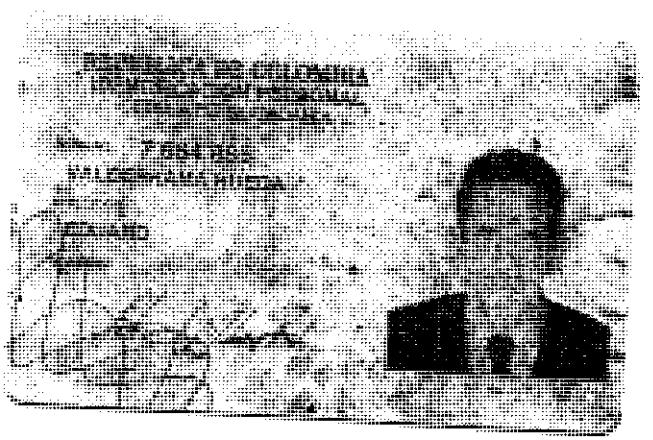
PRIMA SOAT	CONTRIBUCION POLICIA	TASA RUNT	
$ 272700	$ 136350	$ 1610	$ 410660

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

GDS — SALARIOS MINIMOS: 0

13454701

REVISORA DE SEGUROS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. . 10000782047

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
MEJ18B	SUZUKI	BEST 125	2009

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KgPSJ
MOTOCICLETA	TURISMO	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR: F453TH853928 — REG VIN: N

NUMERO DE SERIE — REG: N — NUMERO DE CHASIS: 9FSBF44H89C154064 — REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): RODRIGUEZ DIAZ GRACIELA — IDENTIFICACION: C.C. 55171162

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7684865 ADMISION N : 53263

NOMBRE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD EDAD: 44 A F. NACI: 70.03.14 SEXO: M ESTRATO: 1 EC: U
DIRECCION: CLL 71 NO 24 24 CIUDAD: NEIVA TELEFONO: 3118298916 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: _____ TELEFONO: AT: SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION _____ 13/07/2018 13:20

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS MEJ18B QUE AL COLISIONAR CON UN BUS CAE SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO,

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.13-13:31:07>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 53263

*** Patologicos: B24 DIAGNOSTICADO HACE 2 MESES, EN TTO * Traumaticos: Niega * Madicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A**

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/70 FC: 72 FR: 18 T: SO2: 98 PESO: TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ: NO
E.CONCIENCIA: ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

ABRASION EN CARA EXTERNA DE CODO IZQUIERDO, ABRASION EN CARA EXTERNA DE CODO DERECHO, ABRASION EN DORSO DE MANO DERECHA, DOLOR A LA PALPACION DE LA RODILLA IZQUIERDA, EDEMA EN RODILLA IZQUIERDA, DOLOR A LA PALPACION DE LA PIERNA IZQUIERDA, EDEMA EN 1/3 PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA, ABRASION EN CARA ANTERIOR DE PIERNA Y TOBILLO IZQUIERDO, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7684085 **ADMISION N_:** 53263

NOMBRE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD **EDAD:** 48 A **F. NACI:** 70.03.14 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 71 NO 24 24 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3118298916 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/07/2018 13:20

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 TRAUMA EN RODILLA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
S801 TRAUMA EN PIERNA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2
T141 ABRASIONES

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3
B24X ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.13-13:31:10>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263

*** PLAN ***

OBSERVACION
VER ORDENES MEDICAS

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 1 50 MG SC AHORA
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 3 75 MG IV CADA 8 HORAS
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 3 PARA DILUIR MEDICAMENTOS
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 4 PASAR 1000 ML EN BOLO, LUEGO CONTINUAR A 50 ML CADA HORA
OBSERVACION
DIETA NORMAL
CUIDADOS DE ENFERMERIA
PREVENCION DE CAIDAS
PREVENCION DE IAAS
SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA
SE SOLICITAN IMAGENES DIAGNOSTICAS
MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ELEVADO
CURACION DE ABRASIONES
CSV Y AC

--->><<18.07.13-14:16:28>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7684885 ADMISION N : 53263

NOMBRE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD **EDAD:** 48 A **F. NACI:** 70.03.14 **SEXO:** M **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 71 NO 24 24 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3118298916 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 . **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 13/07/2018 13:20

RX DE RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES
RX DE PIERNA IZQUIERDA SE OBSERVA FRACTURA DE 1/3 PROXIMAL DE TIBIA Y PERONE

--->><<18.07.13-14:03:16>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** EVOLUCION ***

SE COMENTA PACIENTE CON MEDICO ORTOPEDISTA DE TURNO, DR CUERVO QUIEN ORDENA TOMAR TAC DE RODILLA IZQUIERDA.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC DE RODILLA IZQUIERDA

--->><<18.07.13-15:40:58>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

TAC DE RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA FRACTURA CONMINUTA CON HUNDIMIENTO DE PLATILLOS TIBIALES, CON GRAN COMPROMISO ARTICULAR, SE OBSERVA FRACTURA CONMINUTA DE TIBIA Y PERONE PROXIMAL,

--->><<18.07.13-20:36:30>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA IZQ
AL EXAMEN DOLOR DEFORMIDAD Y EDEMA DE LA RODILLA IZQ
RX FRACTURA DE AMBOS PLATILLOS TIBIALES
TAC RODILLA IZQ FRACTURA CON HUNDIMIENTO ARTICULAR DE AMBOS PLATILLOS
DIAGNOSTICO: FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA IZQ
PLAN
OBSERVACION PARA TRATAMIENTO ANTIEDEMA RIESGO DE SIND COMPARTIMENTAL
DRENAJE DE HEMARTROSIS
ANALGESIA
INMOVILIZAR CON FERULA DE YESO

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE PROCEDIMIENTOS
DRENAJE PIEL Y O TEJIDOS CELULAR SUBCUTANEO, INCLUYE: ABSCESO SUPERFICIAL, HEMAT
BAJO ANALGESIA PREVIA ASEPSIA, SE REALIZA DRENJA DE 150 CC DE CONTENDIO HEMATICO RODILLA IZQ

--->><<18.07.13-21:07:08>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7684885 ADMISION N : 53263

NOMBRE:VALDERRAMA RUEDA EDUARD EDAD: 48 A F. NACI:70.03.14 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U
DIRECCION:CLL 71 NO 24 24 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3118298916 ZONA:U
OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 13/07/2019 13:20

PASAR A SALA DE YESOS

--->><<18.07.13-21:09:20>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** EVOLUCION ***

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
INMOVILIZACION CON FERULA YESADA INGUINOPEDICA

--->><<18.07.13-21:10:06>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** EVOLUCION ***

ANALISIS: PACIENTE POLITRAUMATIZADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DISNEA, ABDOME SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN COMPROMISO NEUROVASCULAR DISTALA LA FRACTURA, SE INMOVILIZA SIN COMPLICACIONES, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR.
PLAN CONTINUAR TRATAMIENTO INSTAURADO

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

CONTINUA TRATAMIENTO MEDICO INSTAURADO

--->><<18.07.14-06:00:45>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE :
1.FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA IZQ
2. INFECCION POR VIH
S/REFIERE QUE PERSISTE CON DOLOR EN PIERNA, NO PARESTESIAS, NO HA PRESENTADO FIEBRE NI EMESIS, ESTA TOLERANDO LA VIA ORAL
O/ ACEPTABLE ESTADO GENERAL. ALERTA. TRANQUILO
SIGNOS VITALES: TA 120/80 FC 80 X" FR 16 X"
C/P: TORAX SIMETRICO, NO TIRAJES , PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN AGREGADOS, CORAZON RITMICO
ABDOMEN NO DISTENDIDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR
EXTREMIDADES: MIEMBRO INF IZQ INMOVILIZADO CON FERULA INGUINOPEDICA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG, PULSOS FUERTES
NEUROL: GLASGOW 15/15 PIRL , SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO FOCALIZADO
ANALISIS: PACIENTE POLITRAUMATIZADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN DISNEA, ABDOMEN SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN COMPROMISO NEUROVASCULAR DISTAL, ADECUADO CONTROL DEL DOLOR.

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7664883 ADMISION N_: 53263

NOMBRE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD EDAD: 48 A F. NACI: 70.03.14 SEXO: M ESTRATO: 1 EC: U
DIRECCION: CLL 71 NO 24 24 CIUDAD: NEIVA TELEFONO: 3118298916 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: _____ TELEFONO: AT: SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION _____ 13/07/2018 13:20

PLAN CONTINUAR TRATAMIENTO INSTAURADO.SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

--->><<18.07.14-06:03:00>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 3 75 MG IV CADA 8 HORAS
CLORURO SODIO AL 0.9X100MLBAXTER CANT: 3 PARA DILUIR MEDICAMENTOS
LACTATO RINGER BOL X 500MLBAXTER CANT: 4 CONTINUAR A 50 ML CADA HORA

-OBSERVACION
-DIETA NORMAL
-EXTREMIDAD AFECTADA EN ALTO
-SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA
-PROTOCOLO ANTICAIDAS
-CSV AC
-BIOSEGURIDAD

--->><<18.07.14-08:33:48>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 - ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** EVOLUCION ***

PACIENTE CON FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA IZQUIERDA , QUIEN H. PRESENTADO BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON ORDEN DE CIRUGIA EL DIA LUNES 23/07/2018
TOMAR LABORATORIOS PRE QUIRURGICOS

*** PLAN ***

** ORDENES Qx:
OSTESINTESIS DE PLATILLOS TIBIALES RODILLA IZQUIERDA 23/07/2018
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS : 1 PLACA EN L DE 5 H + 1 PLACA EN T DE 6 H, TRAER SET DE PLACAS + SET DE TORNILLOS
TIEMPO QUIRURGICO: 2 HORAS

--->><<18.07.14-08:42:39>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726192 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

*** PLAN ***

** ORDENES MEDICAS:

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7684685 ADMISION N : 53263

NOMBRE:VALDERRAMA RUEDA EDUARD EDAD: 48 A F. NACI:70.03.14 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U
DIRECCION:CLL 71 NO 24 24 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3118298916 ZONA:U
OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:
PARENTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION _____ 13/07/2018 13:20

NO RETIRAR NI MOJAR PERULA DE YESO
MANTENER MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ELEVADO, NO APOYAR
** ORDENES MEDICAS:
VENIR PARA CIRUGIA EL DIA LUNES 23/07/2018 A LAS 11:00 am, 2 PISO HOSPITALIZAR
ESE DIA NO DEBE COMER NI TOMAR NADA DESPUES DE LAS 11:00 AM

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

--->><<18.07.14-08:43:17>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

SE SOLICITAN LABORATORIOS PRE QUIRURGICOS:
SS CH
SS TP Y TPT
SS CREATININA

--->><<18.07.14-08:43:39>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53263
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.14-08:43:22 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S827 FRACTURAS MULTIPLES DE LA PIERNA

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
T141 ABRASIONES

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
B24X ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7684885 ADMISION N : 53263

NOMBRE: VALDERRAMA RUEDA EDUARD EDAD: 48 A F. NACI: 70.03.14 SEXO: M ESTRATO: 1 EC: U

DIRECCION: CLL 71 NO 24 24 CIUDAD: NEIVA TELEFONO: 3118298916 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT: SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 13/07/2018 13:20

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS FECHA: 18.07.14 HORA: 08:43:2

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 30 DIAS

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12073

ENTIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.	EVENTO	1-11760	NEIVA,30-Ago-2018		09:20:10
DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.09.29		
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: ALVAREZ REYES DAMIAN ALEJ			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: ALVAREZ REYES DAMIAN ALEJANDRO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1078610191	ALVAREZ REYES DAMIAN ALEJANDRO	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: ALVAREZ REYES DAMIAN ALEJANDRO**	st132417697336	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVI
07 SEP 2018
CENTRO DE ACO

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

Saludlaser SALUDLASER S.A.S
NIT 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL | Aceptada, LA ENTIDAD | FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17098

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N.I. (N.I. marcado)

Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [ ] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NUU145

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S (R.C. marcado)

	Tipo Doc.	No Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	RC	1078511061	DAMIAN	ALEJANDRO	ALFONSO	ROJAS
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Calle 2 Cra 13 Zona U [X] R [ ]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 18 08 2008 A las 14 49

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Traumatologica

NIT 800 110 181-9 Código de habilitación 410010066801

Dirección: Calle 18 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada ante otra entidad y que no se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

Ana María Lobo Moreno

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Ana María Lobo Médico General R.M. 1091667678

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUD LASER S.A.S. NIT

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

FRANCISCO J. REPRESENTANTE LEGAL

Total folios [ ]

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17098

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N. (X)

Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio

Vehículo Placa No. NUU195

Ambulancia Básica | | Ambulancia Medicada | |

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1						
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito (X) | Evento Catastrofico | | Evento Terrorista |

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Calle 9 C.a 13 Zona U | R

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 08 MAR 2014 A las 14:40

Nombre IPS que atendió la victima: Clínica Toalcazar Ltda.

NIT 900 110 191 - Código de habilitación 4100100 4660'

Dirección: Calle 13 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono 875 6464

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

17098

SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS FURTRAN

No. [illegible]

Fecha de solicitud (dd/mm/aaaa) [illegible] RS AMBO

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Razón Social: SALUDIASER S.A.S
4100101200901

X NIT: 900324272-2

Ambulancia Básica [ ] Ambulancia Medicalizada [ ]

Placa No. NUU145

Dirección: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono: 875 2231

Departamento: HUILA Cod 41

Municipio: NEIVA Cod 001

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

No. de Pasajeros: 1

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
RC 1076911961	Ramon	Alejandro	Alfonso	Reyes

Accidente de Tránsito X Evento Catastrófico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Calle 2 Cra 13

Zona U [X] R [ ]

Huila

NEIVA

Cod 41

Cod 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

Fecha 18/02/2018 Hora 1149

Nombre IPS Clinica Traumatologica

Nit 800 100 181-9 Código de habilitación 4100100 1661

Dirección Calle 18 6-65

Departamento: Huila Cod 41 Teléfono 8756309

Municipio: Neiva Cod 001

Ana Maria Moreno
Representante Legal o Persona Responsable para tramite de Admisiones de la IPS
12916778

Dra. Ana Maria Lobo
Médico General
R.M. 1091667678

Saludiaser SAS
FRANCISCO ANDRES ALFONSO REYES
REPRESENTANTE LEGAL

Representante Legal o Persona Responsable para tramite de Admisiones de la IPS

Huella [illegible]

696

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16524

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 19

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OSH170

No. DE POLIZA 1321417649233 8

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Yerson Dimi Mosquera C.C. 1075[illegible]6 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Calle 2 Cra 15 HASTA: clinica [illegible]

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. [illegible]

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Damian Alejandro Muñoz Perez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1[illegible] DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 16524

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 18

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO AL QUE SE REALIZO: OSH170

No. DE HISTORIA: 1376417649738

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Yeison Diaz Mosquera CC 1075264161 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA DESDE: Calle 2 Cra 13 yucatan HASTA: clinica Bautista orto

H/ 11:20

TIPO DE TRANSPORTE

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR OTRO PLACA: NRU 145

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA: Damian Alejandro Alvarez Perez

IDENTIFICACION C.C. No. RC 1076510461 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CONTRATO SALUD: SALUDLASER S.A.S.

CON NIT: 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A.S.
FRANCISCO [illegible] TOVAS
REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Coludinser S.A.S.

30248

FECHA HORA DE SOLICITUD HORA DE SALIDA HORA DE ENTREGA PRIORIDAD

R A N V B

HISTORIA CLINICA

FECHA NATO SEXO M F G.C. Rh Aseg. No. EDAD

RESIDENCIA ACTUAL Departamento Ciudad Barrio Dirección Teléfono

DIRECCION DE SERVICIO Hospital Clínica Otro Dirección Ciudad Barrio Teléfono PROCEDENCIA No. Placa PESO Estudiante Propagada Vendedor

CAUSA QUE ORIGINA TRAUMA Accidente Tránsito Accidente Laboral Accidente Común Terrorismo Lesión por agresión Enfermedad General Catastrofe Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS Alergias Medicamentos Antecedentes Patológicos Último Alimento Drogas Embarazo

EXAMEN FISICO TA FC FR T PESO

NEUROLOGICO PUPILAS D mm I mm

Apertura Ocular	6 Espontánea	4 Reflejo	2 Extensión		
	5 Localiza	3 Reflejo anormal	1 No Rsp		
Respuesta Verbal	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No Rsp		
	4 Confusa	2 Incomprensible			
Respuesta Motora	4 Espontánea	2 Anormal	TOTAL		
	3 Al llamado	1 No Rsp	/15		

REVISED TRAUMA SCORE

Resp. rate	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Systolic BP	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
GCS	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

IMPRESION DIAGNOSTICA

PROCEDIMIENTOS

- Cánula Orofaríngea
- Aspiración
- Oxigenación
- Inmovilización
- Ventilación
- RCP
- Reanimación
- Inmovilización Cervical
- Inmovilización Pélvis
- Inmovilización Total
- Monitoreo
- Líquidos I.V.
- Analgesia
- Otros

Trasladado a

Recibido por

Entrega Vivo Muerto

Hora

Unidad

TAM

TAB

Firma del Paciente

OBSERVACIONES

Nombre del Medico Nombre Auxiliar Nombre Conductor

Ana María Cano
Médico General
R.M. 3091662678

1091662678

9

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 18 A NO 6 46 TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER 2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 18-07-2018 HORA 1120

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Damaris Alejandra Alvarez Reyes

IDENTIFICACION RC - 1016510161

DIRECCION Cr 37 B # 21-25 Sur Limonar TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3209216477

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Yamaha Placa DSH17D

Poliza No. 1324-1048733 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Asumo que la motocicleta como ocupante de motocicleta de placa DSH17D, el cual a la conductora se asomó le hacen el bobo y la hacen perder el control de la moto accidentandose.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

D

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

Diana Ximena Reyes R.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C 1075275702

8

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Diana A. Alvarez No. Documento de Identidad 1065101611

Edad 8 Sexo F Dirección Domicilio Cra 37b 21-28 Ciudad Neiva Teléfono 3202161475

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Diana X Reyes No. Documento de Identidad 1075275708

Edad 24 Sexo F Dirección Domicilio Cra 37b 21-28 Ciudad Neiva Teléfono 3202161475

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Yamaha Placa OSH17D Vehículo Mot.

3.1 Aseguradora Sura Póliza No. 1769733B

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 10-07-18 Hora 1120

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor _____ Ocupante X Peatón _____	Calle cra 13

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Diana X. Reyes declaro que mi hijo iba como ocupante de la moto de placas OSH17D cuando por razones ajenas el cual y caen

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Diana X Reyes identificado con c.c. 1075275708 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 10-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima Nombre	Huella	Diana Ximena Reyes 1075275708 Firma Acompañante Nombre		Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

(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

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad expide SOAT	Estado
17697338	03/09/2017	04/09/2017	03/09/2018	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	VIGENTE
1308004070662000	29/08/2016	30/08/2016	29/08/2017	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

Adquiera su SOAT en línea aquí

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mécanica y de gases (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1076510161
NOMBRES	DAMIAN ALEJANDRO
APELLIDOS	ALVAREZ REYES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO	22/01/2013	30/12/2014	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión:	07/18/2018 11:46:04	Estación de origen:	190.144.66.174

Observaciones
Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrado, presentan a la fecha inconsistencia con una entidad del Regimen de Excepcion o Especial, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente tiene su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondiente

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1076510161

ADMISION N_: 53565

NOMBRE: ALVAREZ REYES DAMIAN ALEJANDRO **Num. Id-:** RC 1076510161
FECHA NACIMIENTO: 13.01.22 **EDAD:** 5 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18.07.18 **HORA DE INGRESO:** 11:56 **Fecha/Hora de registro:** 18.07.18 11:58
DIRECCION: CRA 37 B NO 21 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202161477
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.07.18

<< REGISTRO: 11:58:36 >> (DR(A): MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO DE PALCAS DSH17D CUANDO POR ROBARLOS PIERDEN EL CONTROL Y CAEN

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTOCICLETA QUE PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTO POR ROBO DE PERTENCIAS PERSONALES QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS

ANTECEDENTES

--->> <2018 07 18-11 58:36>>, (DR(A): AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 53565

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: NO REFIERE

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES **TA:** 98/56 **FC:** 99 **FR:** 22 **Tmp:** 36.2 **ESTADO EMBRIAGUEZ:** NO

ESTADO CONCIENCIA **ALERTA:** [X] **OBNUBILADO:** [ ] **ESTUPOROSO:** [ ] **COMA:** [ ] **GLASGOW:** (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE CODO DERECHO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1076510161

ADMISION N_: 53565

NOMBRE: ALVAREZ REYES DAMIAN ALEJANDRO **Num. Id-:** RC 1076510161
FECHA NACIMIENTO: 13.01.22 **EDAD:** 5 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18.07.18 **HORA DE INGRESO:** 11:56 **Fecha/Hora de registro:** 18.07.18 11:58
DIRECCION: CRA 37 B NO 21 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202161477
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

PIEL
De aspecto normal

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S500 - CONTUSION DEL CODO

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S500 - CONTUSION DEL CODO

<< REGISTRO: 11:58:39 >> (DR(A): AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

1

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 11 CM DOSIS UNICA VO

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

<< REGISTRO: 13:10:17 >> (DR(A): MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1076510161

ADMISION N_: 53565

NOMBRE: ALVAREZ REYES DAMIAN ALEJANDRO **Num. Id-:** RC 1076510161

FECHA NACIMIENTO: 13 01 22 **EDAD:** 5 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18 07 18 13 10

DIRECCION: CRA 37 B NO 21 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202161477

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RX DE CODO DERECHO SE OBSERVA NORMAL

<< REGISTRO 13 12 00 >> (DR(A) MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG MEDICO 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES.

PLAN/CONDUCTA

** ORDENES MEDICAS
APLICAR HIELO LOCAL X 3 DIAS
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR CUERVO

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT 1 ADMINISTRAR 10 CC VIA ORAL CADA 8 HORAS SI PRESENTA DOLOR

<< REGISTRO 13 12 16 >> (DR(A) MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG MEDICO 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18 07 18-13 12 03 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

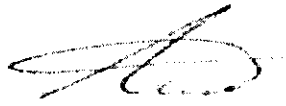
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18 07 18 **HORA DE EGRESO:** 13:12 03 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 3 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R M 358

Dr. ANYELO TOVAR
***Registro Medico:** 3329-07*

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12074

ENTIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.	EVENTO	1-11781	NEIVA,30-Ago-2018		09:29:46
DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.09.29	
CONTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001 01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: REYES ROJAS DIANA XIMENA			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: REYES ROJAS DIANA XIMENA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075276708	REYES ROJAS DIANA XIMENA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: REYES ROJAS DIANA XIMENA**	AT132417697388	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
07 SEP 2018
CENTRO DE ACOPIO
Sonaya

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

PAG. 1

Saludlaser SALUDLASER SAS

REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Soldiaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $_____
ABONO 2 $_____
GLOSA ACEPT_____
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 0193 de MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega: | | | | | | | | 16750 No. Radicado: 16750

No. Radicado Anterior (Cuando sea a lugar marcar x en RC): RC:

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre o razón social de la Empresa de Transporte Especial o de Ambulancia: SALUD ASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 4100100120901

Tipo de Documento: CC | CE | PA | TI X Número de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: NUV 145 Atención Básica: X Ambulancia Medicalizada:

Vehículo Placa No.:

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono a Cobrar: 875 2231

Departamento: HUILA Cod: 41

Municipio: NEIVA Cod: 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: X | CE | PA | TI | RC | AS | MS

	Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075247320	Diana	Ximena	Reyes	Rojas
2						
3						
4						

Tipo de evento que sustenta el traslado: Accidente de tránsito: X Evento Catastrófico: Evento Terrorista:

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Calle 2 Cra 13 Area: X R:

Departamento: Huila Cod: 41

Municipio: Neiva Cod: 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicios de Salud o el Transportador Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 08 02 2018 A las: 14 46

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fracturas Ortopedia

NIT: 800 110 181 - 9 Código de habilitación: 4100100 46601

Dirección: Calle 18 - 6-45

Departamento: Huila Cod: 41 Teléfono: 875 6349

Municipio: Neiva Cod: 001

Ana Mva Lobo M

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Dra. Ana Maria Lobo
Medico General
C.C. 1091667678

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

DIGITE NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTERIORES

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL TRANSPORTADORA

FRANCISCO J. REPRESENTANTE

Total folios:

710

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

16523

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	07	18

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: DSA770

No. DE POLIZA: 132417697338

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Yeison Diaz Mosquera C.C. 1075277576 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Calle 2 Cra 15 Barrios Unidos HASTA: Clinica Traumatologica Neiva

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 1000191

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Diana Victoria Rojas IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075275709 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludiaser S.A.S.

30247

FECHA | HORA DESPACHO | HORA LLEGADA | HORA ENTREGA | PRIORIDAD R A N V B

Nº HISTORIA CLINICA

1er apellido | 2do apellido | Nombre

FECHA NAC | SEXO M F | C.C. TI | R.C. C.E. | Nivel | EPS | MUNICIPIO | EDAD

RESIDENCIA ACTUAL | Dirección | Barrio | Teléfono

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO | Hora | Otro | Placa | SOAT | POLICIA Nro | EPS | Patológico | Psiquiátrico | Accidente

CAUSA QUE MOTIVO LA ATENCION | Accidente Tránsito | Accidente Laboral | Accidente Escolar | Terrorismo | Lesión por agresión | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

DATOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Síntomas

Antecedentes

Antecedentes Patológicos

Ultimo Menstruo | Gestas | Embarazo

EXAMEN FISICO | TA | FC | FR | T

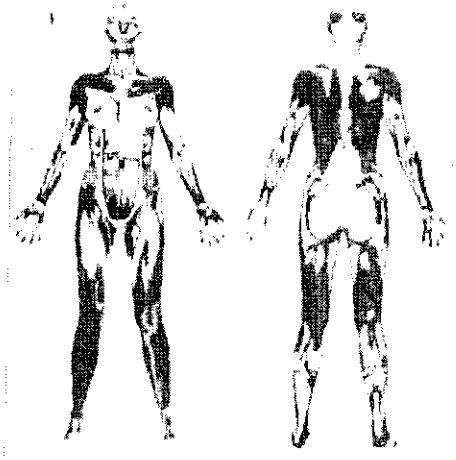
NEUROLOGICO | PUPILAS | D | mm | I | mm

Apertura Ocular	6	Ordenes	4	Reflejo	2	Estimulo
	5	Localiza	3	Flexión anormal	1	No hay
Respuesta Verbal	5	Orientado	3	Inapropiado	1	No hay
	4	Confuso	2	Incomprensible		
Respuesta Motora	4	Espontanea	2	Al dolor		
	3	Al llamado	1	No hay		

TOTAL /15

REVISED TRAUMA SCORE

Presión Arterial	89-20	>=90	76-89	1-5	0
	4	3	2	1	0
Frecuencia Respiratoria	>=30	10-29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
Puntaje Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0



1 Heridas
2 Abrasion
3 Hematoma
4 Contusion
5 Deformidad
6 Fractura Abierta
7 Quemadura
8 Edema
9 Amputacion
10 Avulsion
11 Dolor

PROCEDIMIENTOS

- Collar Cervical
- Aislamiento
- Desgarro
- Canalizar
- Ventilacion
- Rx
- Rx Pelvis
- Inmovilizacion Miembros
- Inmovilizacion Cabeza
- Inmovilizacion Tronco
- Monitoreo
- Liquidos EV
- Sutura

IMPRESION DIAGNOSTICA

Trasladado a:

Recibido por:

Se entrega: Vivo | Muerto

Firma del Paciente

TAM

TAB

OBSERVACIONES

Nombre del Medico | Nombre Auxiliar | Nombre Conductor

Dra. Ana Maria Medico General

CM 1031166478

9

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 18-07-2018 HORA 1420

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Diana Karina Reyes Rojas

IDENTIFICACION CC 1075275708

DIRECCIÓN CR 37B # 2C-28 Sur

TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR 3202161477

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Yamaha Placa DSH17D

Poliza No. 1324 11617338 Aseguradora Previsora.

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE Usuaria que se moviliza como conductora de motocicleta de placa DSH17D, el cual le bajan el bolso y le hacen perder el control y cae sufriendo accidente de Tránsito

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS.

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios

Diana Karina Reyes R.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C C 1075275708.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C C

8

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Diana X. Reyes No. Documento de Identidad 1075275708

Edad 24 Sexo F Dirección Domicilio Cra 37b # 21-78 Ciudad Neiva Teléfono 3202161472

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Diana X. Reyes No. Documento de Identidad 1075275708

Edad 24 Sexo F Dirección Domicilio Cra 37b # 21-78 Ciudad Neiva Teléfono 3202161472

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Yamaha Placa DSH17D Vehículo Lob

Aseguradora Mundial Póliza No 1769733B

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 18-07-18 Hora 1120

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor A Ocupante _____ Peatón _____	Cl 12 con cra 13

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la descripción de los hechos

Iba con cinta de la moto de placas DSH17D cuando se subió pero el asfalto cayo aceite

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Diana X. Reyes identificado con c.c. 1075275708 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 18-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Diana Ximena Reyes

Firma Victima Nombre 1075275708 Huella

Firma Acompañante Nombre Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

(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

(http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad expide SOAT	Estado
17697338	03/09/2017	04/09/2017	03/09/2018	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	VIGENTE
1308004070662000	29/08/2016	30/08/2016	29/08/2017	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE

Adquiera su SOAT en línea aquí

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mécanica y de gases (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075275708
NOMBRES	DIANA XIMENA
APELLIDOS	REYES ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	13/06/2014	17/03/2016	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/18/2018 11:42:36	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075275708

ADMISION N_: 53564

NOMBRE: REYES ROJAS DIANA XIMENA **Num. Id-:** CC 1075275708
FECHA NACIMIENTO: 93 10 24 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18 07 18 **HORA DE INGRESO:** 11 53 **Fecha/Hora de registro:** 18 07 18 11:56
DIRECCION: CRA 37 B NO 21 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202161477
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.07.18

<< REGISTRO: 11 56 24 >> (DR(A) MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS DSH17D CUANDO POR ROBARLA PIERDE EL CONTROL Y CAEN

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE MOTOCICLETA PIERDE EL CONTROL DE LA MISMA POR ROBO DE PERTENENCIAS PERSONALES QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.18-11:56:25>>, (DR(A) AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 53564

* Patologicos: HIPOTIROIDISMO * Traumaticos: Niega * Medicamentos: LEVOTIROXINA 175 MCG* Toxicos: Niega * Quirurgicos: CESAREA NRO 2 Y POMEROY * Alergicos: NO REFIERE

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES **TA:** 114/78 **FC:** 76 **FR:** 20 **Tmp:** 36.2 **ESTADO EMBRIAGUEZ:** NO

ESTADO CONCIENCIA **ALERTA:** [X] **OBNUBILADO:** [ ] **ESTUPOROSO:** [ ] **COMA:** [ ] **GLASGOW:** (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesiones aparentes

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE CODO DERECHO,ABRASION EN BRAZO DERECHO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075275708

ADMISION N_: 53564

NOMBRE: REYES ROJAS DIANA XIMENA **Num. Id-:** CC 1075275708
FECHA NACIMIENTO: 93.10.24 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18.07.18 **HORA DE INGRESO:** 11:53 **Fecha/Hora de registro:** 18.07.18 11:56
DIRECCION: CRA 37 B NO 21 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202161477
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

PIEL
De aspecto normal

FANERAS
De aspecto normal

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S500 - CONTUSION DEL CODO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S500 - CONTUSION DEL CODO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 11:56:28 >> (DR(A) AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE CODO DERECHO

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

<< REGISTRO: 13:07:57 >> (DR(A) MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075275708

ADMISION N_: 53564

NOMBRE: REYES ROJAS DIANA XIMENA **Num. Id-:** CC 1075275708
FECHA NACIMIENTO: 93.10.24 **EDAD:** 24 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.07.18 13:07
DIRECCION: CRA 37 B NO 21 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3202161477
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS
RX DE CODO DERECHO SE OBSERVA NORMAL

<< REGISTRO: 13:09:30 >> (DR(A) MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
PACIENTE QUIEN PESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES.

PLAN/CONDUCTA
** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LOCAL X 3 DIAS
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR CUERVO

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
ACETAMINOFEN 500 MG CANT 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

<< REGISTRO: 13:09:47 >> (DR(A) MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.18-13:09:34 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

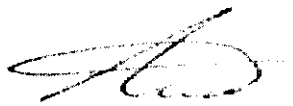
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18/07/18 **HORA DE EGRESO:** 13:09:34 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 3 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 358

Dr. ANYELO TOVAR
Registro Medico: 3329-07

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12094

ENTIDAD RESPONSABLE	860002400 (AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
LA PREVISORA S.A.		EVENTO	1-11772	NEIVA, 4-Sep-2018		09:36:16
DIRECCION	CRA 5 # 11/01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.10.04	
CONTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**			
001	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: NARVAEZ ESCOBAR DANIEL			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE **PACIENTES VARIOS SN RELACION**

OBS: PACIENTE: NARVAEZ ESCOBAR DANIEL

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1141123736	NARVAEZ ESCOBAR DANIEL	**Direccion:**		**Ciudad: NEIVA**	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2016** **PACIENTE: NARVAEZ ESCOBAR DANIEL**	**at1324141952930**	**1.0**	**260,414**	**260,414**

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
07 SEP 2018
CENTRO DE ACOPIO
Soraya

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SALUDLASER S.A.
NIT 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Aceptada, LA ENTIDAD

FACTURADOR : SEACOL SEACOLOMBIASAS

Saludlaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17276

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio

Vehículo Placa No.: HEY370 — Ambulancia Básica — Ambulancia Medicada

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1[illegible]2[illegible]3	[illegible]		[illegible]ez	[illegible]a
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito — Evento Catastrofico — Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Km 1 Vía Huila con Carrera [illegible] — Zona U R

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 09 06 2008 — A las: 11 30 AM

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica de Fracturas y Ortopedia

NIT: 800 110151-9 — Código de habilitación: 4100100466

Dirección: Cll 15 #6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756449

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

[illegible]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

C.C. [illegible]

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

Resolución 0195 25 MAYO 2006

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

17276

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega: / /

No. Radicado:

No. Radicado Anterior (Respuesta) a glosa marcar X en NO:

Rx: 11272

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: CC CE PA TI NIT — Número de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Vehículo Placa No: HEY390 — Ambulancia Básica: X — Ambulancia Medicada:

Dirección de la empresa o persona que presta el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod: 41

Municipio: NEIVA — Cod: 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento presentado: CC CE PA TI RC AS MS

	Tipo Doc	Nro. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	RC	1141123935	Daniel		Narvaez	Escobar
2						
3						
4						

Tipo de evento que soporta la movilización: Accidente de tránsito: X — Evento Catastrófico: — Evento Terrorista:

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Km 104 Escom vda Corazón - Neiva — Zona: U: — R: X

Departamento: Huila — Cod: 41

Municipio: Neiva — Cod: 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

El día: 8 6 6 2 2 0 0 8 — A las: 4 0 6 m

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica de fracturas y Ortopedia.

NIT: 800 110181-9 — Código de habilitación: 4100100 4 6 a

Dirección: Cll 15 #6-65

Departamento: Huila — Cod: 41 — Telefono: 8756349

Municipio: Neiva — Cod: 001

Angelo Tover
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE REEMBOLSO DE LA IPS

Dr. Angelo Tover
Médico Cirujano
CC 7726132 - R.M. 358

CC: 7726132

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE RECLAMACION ANTE EL ADRES

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE RECLAMACION ANTE EL ADRES

FRANCISCO ANTONIO JOJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total Folios:

20

224

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17363

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 19

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO RLC 23B

No. DE POLIZA 1324141952930

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jesus Fernando Rodriguez C.C. 7727612 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Km [illegible] Sector [illegible] HASTA Clinica de fracturas y Ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

☒ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. HFY370

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Daniel [illegible]

[illegible] IDENTIFICADO CON C.C. No. [illegible] DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

1363

INFORME No.

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA	18	06	19

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: QBC 288

No. DE POLIZA: 1324141951293O

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Jovica Fernando Rodriguez C.C. 7727617 DE Neiva.

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Km 104 Iscamuy Garzon Neiva HASTA: Clinica de Fracturas y Ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No.: HFY370.

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR: Daniel Navaez Escobar IDENTIFICADO CON C.C. No. RC 1141123735 DE

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL: SALUDLASER S.A.S

CON NIT: 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soluciones SAS

29957

FECHA: 19 jun 2018 | HORA LLEGADA: 10+35 | HORA SALIDA: 10+53 | HORA ENTREGA: 10+57 | PRIORIDAD: R X N V B

Nombres: Norvael | Apellidos: Escobar Daniel

No HISTORIA CLINICA: 1141123735

FECHA NACIMIENTO: 05/04/2011 | SEXO: M X F | CC | TI | RC | CE | Pas. | NUMERO: 1141123735 | EDAD: 7

Barrio: Nueva Colombia | Municipio: Rivera | Departamento: Huila | País: Colombia | Telefono: 3173810313

DIRECCION: Km 104+500m Via Garzon-Neiva | Trabajo | Otro X | ASEGURADORA: Previsora | POLIZA No: 1324114195293 0 | Estudiantes | Preescolares | Placa: QBC28B | SOAT | BPSM

CAUSA DE LA LESION: X Accidente Transito | Accidente Laboral | Accidente Comun | Terrorismo | Lesion por agresion | Enfermedad General | Catastrofe | Otro

ANTECEDENTES: paciente masculino negar de edad que iba como ocupante de moto que le cae una Rama de un arbol

Alergias: Mamá Niega

Medicamentos: Mamá Niega

Antecedentes Patologicos: Mama Niega

Ultima Alimento: | Fecha: | Embarazo: X

Examen Fisico: mamá Niega

FC: | FR: 1 | NEUROLOGICO | PUPILAS: D 3 mm I 3 mm

A (1): (6) Obedece | 5 Localiza | 4 Retira | 3 Flexion anormal | 2 Extension | 1 No hay

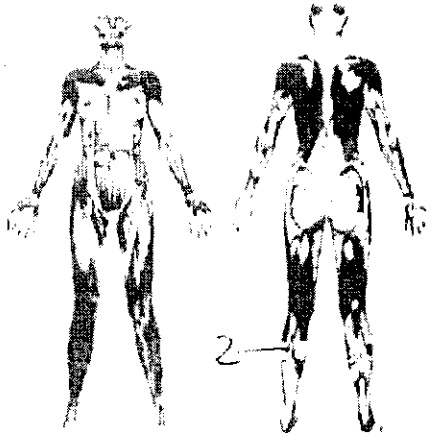
R (5): (5) Orientada | 4 Confusa | 3 Inapropiada | 2 Incomprensible | 1 No hay

A (3): (4) Espontanea | 3 Al llamado | 2 Al dolor | 1 No hay

TOTAL: 15/15

REVISED TRAUMA SCORE: 12

Respiratorio	10-29 (4)	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
Presion arterial	>89 (4)	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	14-15 (4)	11-13 3	8-10 2	4-7 1	3 0



1 Heridas
2 Abrasion
3 Hematoma
4 Contusion
5 Deformidad
6 Fractura Abierta
7 Quemadura
8. Edema
9. Amputacion
10 Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

Monitoreo: X | Liquidos I.V. | Asepsia: X

IMPRESION DIAGNOSTICA: abrasion en miembro inferior izquierdo

Traslado a: Clinica de Fracturas y Ortopedia Huila

Recibido por: Mayelo

Se entrega: Vivo X | Muerto | Fecha del Paciente: | Tipo: TAM | TAB: X

OBSERVACIONES: HF4370

Nombre Auxiliar: Elizabeth Toro

Nombre Conductor: Javier Rodriguez

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT. 900.324.272-2
[illegible]

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 19 JUNIO 2018 HORA 10 1/5

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: Daniel Narvaez Escobar.

IDENTIFICACION: 1141123735

DIRECCION: B/Nueva Colombia (Nueva Italia) TELEFONO CEL/RES:

TELEFONO CELULAR: 3173810313

CONDICION DEL PACIENTE: CONDUCTOR: PEATON: OCUPANTE: X

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo: Motocicleta Marca: Placa: QBC 28B

Poliza No: 1324141195 293 0 Aseguradora: Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino menor de edad que iba como acompante de moto cuando iba por la rama de un arbol

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a traves de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 05 DIA 08

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO 2018 MES 05 DIA 10 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 05 DIA 09

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: HERRERA RODRIGUEZ OLGA MERCEDES — 3118219666

CC 36165044 — 13 — 1335 — NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 30 A N 30 SUR 12 — NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No. — AT 1324 — 1308004158995000

4141952930

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE: 101 — No. PASAJEROS: 2

MODELO: 2009 — PLACA No.: QBC28B — MARCA: YAMAHA — LINEA: T110EDR

No. MOTOR: 5AV902338 — No. CHASIS O SERIE: 9FK2P611U92902338

No. VIN: — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT: 300700 — CONTRIBUCION SEGURIDAD VIAL: 150350 — TASA RUNT: 4800 — TOTAL: 452850

AMPAROS POR CADA VICTIMA — HASTA

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMA

14195293 0 NEIVA CR 4 No. 10-55 Tel. 8717[illegible]

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA 0

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014616360

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
QBC28B	YAMAHA	T110EDR	2009

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
101	ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
5AV902338	N	*****

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
*****	N	9FK2P611U92902338	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACION
HERRERA RODRIGUEZ OLGA MERCEDES — C.C. 36165044



INSTITUCION EDUCATIVA
Misael Pastrana Borrero

SEDE FRANCISCO DE JESUS GARZON

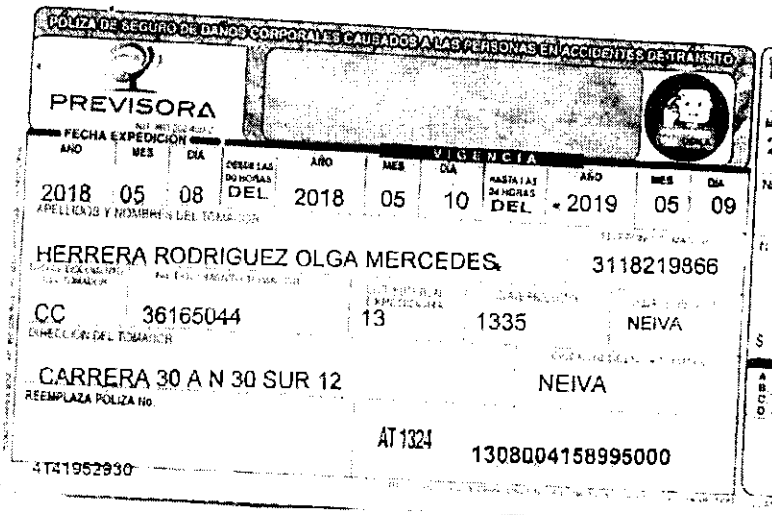


NOMBRE(S)
DANIEL

APELLIDOS
NARVAEZ ESCOBAR

DOCUMENTO: **RC 1141123735** — GRUPO: **PREESC_JM**

ESTUDIANTE



POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 05 DIA 08

VIGENCIA: DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 05 DIA 10 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 05 DIA 09

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: HERRERA RODRIGUEZ OLGA MERCEDES — 3118219866

CC 36165044 — 13 — 1335 — NEIVA

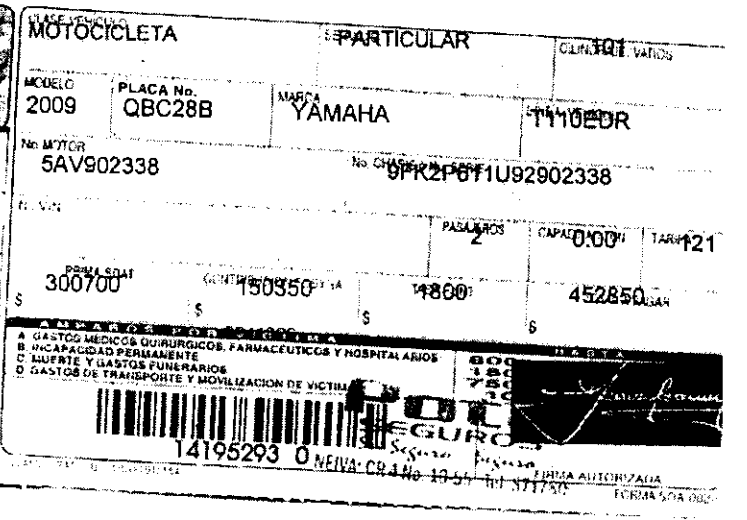
DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 30 A N 30 SUR 12 — NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.

AT1324

1308004158995000

4T41952930



CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — PARTICULAR — CILINDRAJE: 101 VARIOS

MODELO 2009 — PLACA No. QBC28B — MARCA YAMAHA — TIPO: TTTOER

No. MOTOR 5AV902338 — No. CHASIS 9PK2P6T1U92902338

PASAJEROS 2 — CAPACIDAD KG 0.00 — TARIFA 121

PRIMA SOAT $ 300700 — $ 150350 — $ 1800 — $ 452850

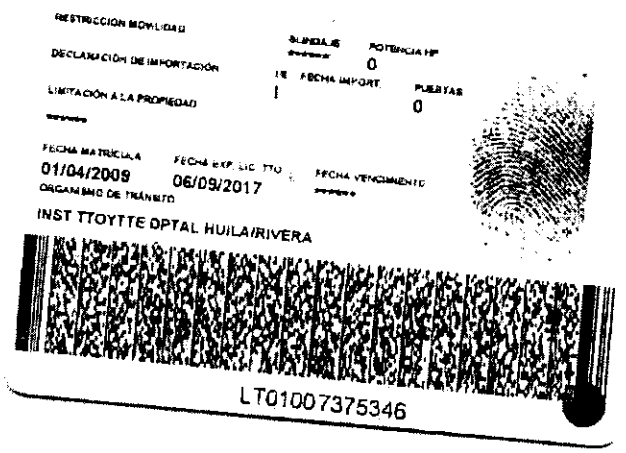
AMPARO POR MUERTE O LESIONES

A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS
B INCAPACIDAD PERMANENTE
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMA

14195293 0 NEIVA: CR 4 No 13-54 Tel 8717430

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA SOAT



RESTRICCION MOVILIDAD

DECLARACION DE IMPORTACION

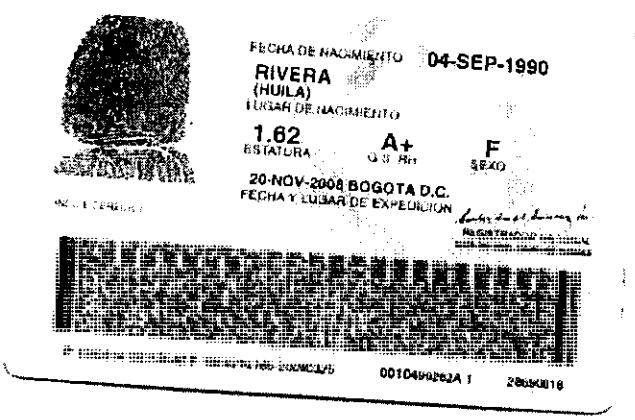
LIMITACION A LA PROPIEDAD

CILINDRAJE: 0 — POTENCIA HP — FECHA IMPORT. — PUESTOS 0

FECHA MATRICULA 01/04/2009 — FECHA EXP. LIC. TTO 06/09/2017 — FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRANSITO: INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007375346



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1990

RIVERA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA — A+ G.S. RH — F SEXO

20-NOV-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

0010499263A 1 2804M16

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
Misael Pastrana Borrero

Este Carné es personal e intransferible. El acceso como estudiante de la Institución Educativa Misael Pastrana Borrero Calle 2 Carrera 6 Tel. 838 7122 Rivera - Huila

Esp. FLORO BARRERA CASTRO
Rector

VALIDO
Dic. 2016

5

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Daniel Rodriguez Escobar No. Documento de Identidad 1147723735

Edad 7 Sexo M Dirección Domicilio B/ nueva colombia Ciudad Pitalito Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3173810313

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Yinivet Escobar Rodriguez No. Documento de Identidad 1014216165

Edad 27 Sexo F Dirección Domicilio B/ nueva colombia Ciudad Pitalito Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3173810313

3. DATOS DEL VEHICULO

Marca Yamaha Placa QBC28B Vehiculo MOTO

Aseguradora Previsora Póliza No. 1309000415899 5000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 19-06-18 Hora 10 + 15

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Victima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante X Peatón	Km 109 + 500 mts Via Garzon Neiva.

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Yinivet declaro que mi hijo Daniel en calidad de ocupante de la moto de Placas QBC28B que al caernos una Rama encima cayemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Yinivet Escobar Rodriguez identificado con c.c. 1014216165. declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 19-06-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima Nombre	Huella	x Yinibeth Escobar.	Huella	
		Firma Acompañante Nombre 1014216165.		

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

4

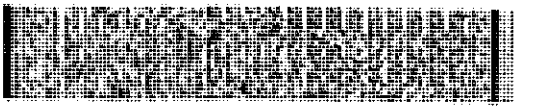


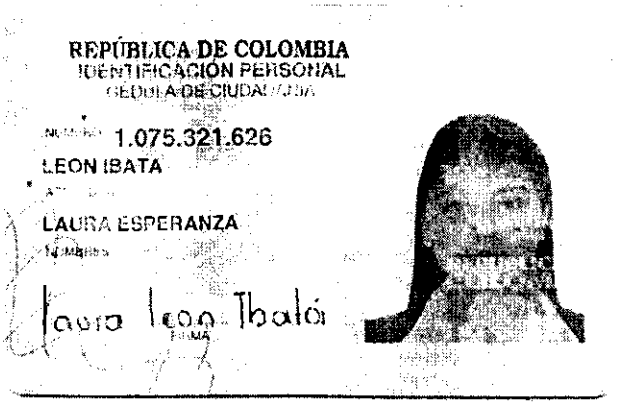
21-MAY-1999

NEIVA
(HUILA)

1.53 O+ F

01-NOV-2017 NEIVA




REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.075.321.626
LEON IBATA
APELLIDOS
LAURA ESPERANZA
NOMBRES
Laura Leon Ibalá
FIRMA

FORMATO ACCIDENTE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre: Jaya leon ibata No. Documento de Identidad 1075321626

Edad 19 Sexo F Dirección Domicilio Cll 90 # S-12 Ciudad NEIVA Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3232508809 Celular 3157396015

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Cristian Ovnas leon No. Documento de Identidad 1075274785

Edad 24 Sexo M Dirección Domicilio Cll 90 # S-12 Ciudad NEIVA Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono 3232508809 Celular 3157396015

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca BAJAJ Placa OPKOZE Vehículo MOTO

Compañía Aseguradora PREVISORA Póliza No. 130800410543000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 14-07-18 Hora 19 + 28

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor Ocupante Peatón X	CV 2 con Cll 27

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la descripción de los hechos

Yo Jaya en calidad de accidente de la moto de placas OPKOZE que al colisionar con otra moto caemos sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jaya leon ibata identificado con c.c. 1075 321 626 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de NEIVA Fecha y hora 14-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Jaya leon Ibata
Firma Víctima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

PREVISORA

VIGENCIA

DESDE			HASTA		
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA
2017	08	09	2018	08	09

DUNAS LEON CRISTIAN JAVIER

3183751447

CC 1075274785 | 13 | 1326 | VILLAVIEJA

CLL 90 N 5 12 | NEIVA

4136950273 | AT 1524 | 1308004105435000

MOTOCICLETA | PARTICULAR | 98

2018 | OPK02E | BAJ. J

DUZWHK49897 | 9FLA18AZ1JDG01877

9FLA18AZ1JDG01877

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONDO	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1610	$ 306260

PASAJEROS: 2 | 0.00 | 111

A GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS
B INCAPACIDAD PERMANENTE
C MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE HERIDOS

$	SALARIOS MINIMOS LEGALES
800	
180	
750	
10	

13695027 3

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE | POTENCIA HP: 8

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 482017000369973

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD | LIS | FECHA IMPORT. | PUERTAS: 21/07/2017 | 0

PRENDA - KAWANDINA SAS

FECHA MATRICULA	FECHA EXP. LIC. TTO	FECHA VENCIMIENTO
10/08/2017	10/08/2017	

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007359894

FECHA DE NACIMIENTO: 02-AGO-1993

NEIVA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA	G.S. RH	SEXO
1.71	O+	M

21-OCT-2011 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075221651 ADMISION N : 53315

NOMBRE:LEON IBATÁ LAURA ESPERANZA EDAD: 19 A F. NACI:99.05.21 SEXO:F ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION:CLL 90 NO 5 12 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3157396015 ZONA:U

OCUPACION:999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 14/07/2018 20:16

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS REFIERE QUE AL COLISIONAR CON OTRA MOTO CAEN SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PARRILLERA DE MOTO TRAIDA EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO, REFIERE HABER CAIDO SENTADA

REVISION POR SISTEMAS

* Síntomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.14-20:20:49>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 53315

*** Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicos: Niega * FUR: 24 JUNIO 2018**

RESUMEN DE SIGNOS

TA:116/83 FC:93 FR:19 T: 36. SO2: 99 PESO:50 TALLA:153 IMG: .** E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA [X] OBNUBILADO [ ] ESTUPOROSO [ ] COMA [ ] AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesiones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

DORSO: Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna, DOLOR A LA PALPACION EN SACRO Y COCCIX. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075321727 ADMISION N : 53315

NOMBRE: LEON IBATA LAURA ESPERANZA EDAD: 19 A F. NACI: 99.05.21 SEXO: F ESTRATO: 1 EC: U

DIRECCION: CLL 9C NO # 12 CIUDAD: NEIVA TELEFONO: 3157396015 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: _____ TELEFONO: AT: SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION _____ 14/07/2018 20:16

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S300 CONTUSION DE LA REGION SACROCOCCIGEA

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.14-20:50:52>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53315

*** PLAN ***

ANALGESIA E IMAGENOLOGIA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

--->><<18.07.14-21:51:1>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53315

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX SACROCOCCIX SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.07.14-20:57:28>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 53315

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS Y SE ORDENA SALIDA CON FORMULA , RECOMENDACIONES, CONTROL E INCAPACIDAD

*** PLAN ***

** EPOS:

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 53315

CC 1075321626

NOMBRE: LEON IBATA LAURA ESPERANZA **EDAD:** 19 A **F. NACI:** 99.05.21 **SEXO:** F **ESTRATO:** 1 **EC:** U

DIRECCION: CLL 90 NO 5 12 **CIUDAD:** NEIVA **TELEFONO:** 3157396015 **ZONA:** U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO **NOMBRE ACOMPADANTE:**

PARENTESCO: **DIRECCION:** **TELEFONO:** **AT:** SI

RESIDENCIA HABITUAL: **DEPARTAMENTO** 41 **MUNICIPIO** 001 NEIVA **OBS:** SI

OBSERVACION 14/07/2018 20:16

REPOSO LOCAL Y REPOSO EN CASA
CONTROL POR ORTOPEDIA EL LUNES 16 JULIO 2018 A LAS 10 AM

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20

IBUPROFENO TABLETAS, TOMARSE 1 (UNA) TABLETA CADA 8 HORAS, PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA

---<<18.07.14-20:58:34>>, (DRIA). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL: HISTORIA DE URGENCIAS 53315
*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.14-20:57:45 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIAS (2) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S300 CONTUSION DE LA REGION SACROCCOCIGEA

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida: ALTA DE URGENCIAS **FECHA:** 18.07.14 **HORA:** 20:57:4

ESTADO A LA SALIDA: VIVO **INCAPACIDAD:** 2 DIAS

DR. TITO VLADIMIR POLANIA TORRES
Medico y Cirujano
RM 0967/03

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12220

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11898	NEIVA,11-Sep-2018		08:43:31
RECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2018.10.11	
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**		
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: MARULANDA BERMEO JHON JAV		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
12203819	MARULANDA BERMEO JHON JAVIER	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER	at1324142196736	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
14 SEP 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

SALUDLASER S.A.
NIT 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17316

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 11898

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG) [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] N.I. [X] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No. NVV-195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] A.S. [ ] M.S. [ ]

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C	12203819	JHON	JAVIER	MARULANDA	BERMEO
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección CR 5 FRENTE # 5-100 SUR Zona U [X] R [ ]

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 19 07 2018 A las 18 21

Nombre IPS que atendió la victima CLINICA DE FRACTURA Y ORTOPEDIA

NIT 800 110 181 - 9 Código de habilitación 4 100 100 46 01

Dirección CR 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ana Uru Uso

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1041667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A.S NIT. 900.324.272-2 HUILA

FRANCISCO LEGAL TRANSPORTE REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL TRANSPORTADORA

Total folios [ ]

11

741

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17291

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	07	19

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: ATN 32C

No. DE POLIZA: 13241421967336

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Hmolo Mauricio Quesada Diaz C.C. 1075250395 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: CR 5 frente # 5-100 Sur HASTA: Clinica de Fracturas y Ortopedia

17 43

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUV - 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Wilson Javier Manuel Nor Blanco IDENTIFICADO CON C.C. No. 12253819 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludlaser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA — 30253

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
19 Julio 2018	17:43	17:50	18:05	18:12	R X N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Yorulanda	Bermeo.	Jhon Javier	1.212038 19

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
	M X F	T.I.	C.E.		12.203819.	

RESIDENCIA ACTUAL — Dirección: Cra 2w #5u-10 — Barrio: Carlos Pizarro. — Municipio: Neiva
Departamento: Huila — País: Colombia — Telefono 3123022691

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No		
Cra 5 Frente # 5-100 sur.	Residencia	Trabajo		Previsora	324142196736	Estudiantil	
	Via publica X	Otros		EPS-C Nueva EPS		Prepagada	
	Comercio	Cual:	Placa: ATN32E	EPS-S		Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
X	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catástrofe
	Accidente Laboral		Lesion por agresión		Otro
	Accidente Comun		Enfermedad General		

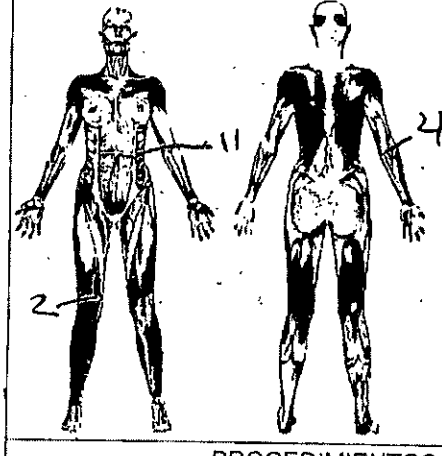
DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino mayor de edad que iba como conductor de moto que iba cayendo un automovil. Le cierra la via frena para esquivar colisionar y cae.

Alergias: Diprona
Medicamentos: Niega
Antecedentes Patalógicos: Niega
Ultimo Alimento: horas Embarazo N
Cirugias: Niega

EXAMEN FISICO TA: 120/96 FC: 80 FR: 21 T37c

NEUROLÓGICO · PUPILAS ID: 3 mm I: 3 mm

R.M:	6	Ordenes	4	Retira	2	Extension
	5	Localiza	3	Flexión anormal	1	No hay
R.V:	5	Orientada	3	Inapropiada	1	No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible		
A.O:	4	Espontánea	2	Al dolor	TOTAL	
	3	Al llamado	1	No hay	15	/15



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	10-29 (4)	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
PA sistólica	>89 (4)	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	13-15 (4)	9-12 3	6-8 2	4-5 1	3 0

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo	
Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.	
Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia	
Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:	
Ventilación		Inmovilizacion Total			

IMPRESION DIAGNOSTICA: TX Roja costal 12 I Tx cada derecho + abrasiones codillos

Traslado a: Clinica de fracturas y ortopedia
Recibido por:
Se entrega | Vivo X | Muerto

OBSERVACIONES: NUV195

Firma del Paciente

Tipo unidad: TAM / TAB

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Juan Pablo Polanco.

Nombre Conductor: Harold Quesada

1097667678

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 19-07-2018 HORA 17:43

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jhon Javier Naranjo Bermeo

IDENTIFICACION 1203879

DIRECCIÓN Cra. 24 # 54-10 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3123022691

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo moto Marca Placa ATN32E

Poliza No. 1324142196736 Aseguradora PREVISORA

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente de Sexo Masculino que iba como conductor de una motocicleta que cuando un automovil le cierra la via. El frena bruscamente para evitar colisionar y cae.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Jhon Javier Naranjo B.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1203879

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

/

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jhon J. Londoño No. Documento de Identidad 1220380 19

Edad 35 Sexo M Dirección Domicilio Carrera 54-10 Ciudad Pereira Teléfono 312302760

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jhon J. Londoño No. Documento de Identidad 1220380 19

Edad 35 Sexo M Dirección Domicilio Carrera 54-10 Ciudad Pereira Teléfono 312302769

Dirección Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca AKT Placa ATN32E Vehículo Pulsar

3.1 Aseguradora Equidad Póliza No. 1300004165160000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 19-07-18 Hora 17:43

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante ____ Peatón ____	Cra 7 entre 5-100 sur

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo iba conducto dela
moto de placas ATN32E cuando
por circunstancias de mala
pista el cual y caigo accidentado

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jhon J. Londoño identificado con c.c. 1220380 19 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Pereira Fecha y hora 19-07-18 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Víctima 1220380 19 Huella Firma Acompañante Huella

Nombre Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

X

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

VIGENCIA HORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA
2018	06	16	DEL	2018	06	17	DEL	2019	06	16

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER — TELÉFONO TOMADOR: 3123022691

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN	CÓD. PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	12203819	13	1358	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 2W N 54 10 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 142196738

AT 1324 1308004165160000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	181

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2016	ATN32E	AKT	AK180LX

No. MOTOR: 163FMKNQ313419 — No. CHASIS o No. SERIE: 9F2A61801G5011209

No. VIN: 9F2A61801G5011209 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON.: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALIZACIÓN 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 750
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIO 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN 100

SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

3204439500

14219673 6

LLAME GRATIS AL 01 800 5115454

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA 002-5





PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 MES 06 DÍA 16

VIGENCIA: DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO 2018 MES 06 DÍA 17 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 06 DÍA 16

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER

TELÉFONO TOMADOR: 3123022691

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 12203819

COD. SUCURSAL EXPEDICIÓN: 13

CLAVE PRODUCTOR: 1356

LUGAR EXPEDICIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 2W N.54 10

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 142198736

AT1324 1308004165160000

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE / VATIOS: 181

MODELO: 2016

PLACA No.: ATN32E

MARCA: AKT

LÍNEA VEHÍCULO: AK180LX

No. MOTOR: 163FMKNQ313419

No. CHASIS O No. SERIE: 9F2A61801G5011209

No. VIN: 9F2A61801G5011209

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON.: 0.00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS: 10

SEGUROS

3204459508

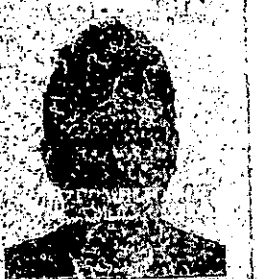
14219673 6

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 12.203.819
MARULANDA BERMEO
APELLIDOS
JHON JAVIER
NOMBRES



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10011628275

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
ATN32E	AKT	AK180LX	2016

CILINDRADA CC: 181
COLOR: NEGRO
SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD KG/PSJ: 2
NÚMERO DE MOTOR: 163FMKNQ313419
REG: N
VIN: 9F2A61801G5011209
NÚMERO DE SERIE: ******
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9F2A61801G5011209
REG: N
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER
IDENTIFICACIÓN: C.C. 12203819

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12203819

ADMISION N_: 53664

NOMBRE: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER **Num. Id-:** CC 12203819

FECHA NACIMIENTO: 83.06.10 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.07.19 **HORA DE INGRESO:** 18:24 **Fecha/Hora de registro:** 18.07.19 18:28

DIRECCION: CRA 2 W NO 54 10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123022691

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.07.19

<< REGISTRO: 18:28:44 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO D EPLACAS ATN32E CUANDO POR NO COLISIONAR CON UN CARRO PIERDE EL CONTROL Y CAE

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCIELTA AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

ANTECEDENTES

--><<2018.07.19-18:28:44>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 53664

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: RECONSTRUCCION DE BRAZO IZQUIERDO POR QUEMADURA * Alergicios: DIPIRONA

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES **TA:** **FC:** **FR:** **Tmp:** **ESTADO EMBRIAGUEZ:** NO

ESTADO CONCIENCIA **ALERTA:** [X] **OBNUBILADO:** [ ] **ESTUPOROSO:** [ ] **COMA:** [ ] **GLASGOW:** (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE RODILLA DERECHA. ABRASION EN RODILLA DERECHA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12203819

ADMISION N_: 53664

NOMBRE: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER **Num. Id-:** CC 12203819

FECHA NACIMIENTO: 83.06.10 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.07.19 **HORA DE INGRESO:** 18:24 **Fecha/Hora de registro:** 18.07.19 18:28

DIRECCION: CRA 2 W NO 54 10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123022691

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 18:28:46 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

1 RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

<< REGISTRO: 19:02:57 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12203819

ADMISION N_: 53664

NOMBRE: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER **Num. Id-:** CC 12203819

FECHA NACIMIENTO: 83.06.10 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.07.19 19:02

DIRECCION: CRA 2 W NO 54 10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123022691

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

EVOLUCION

SE REPORTA IMAGEN

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIA RODILLA DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA

<< REGISTRO: 19:03:36 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA
AINES
VALORACION POR ORTOPEDIA PRIORITARIA 23/07/18
RECOMENDACIONBES
INCAPCAIDAD MEDICA 5 DDIAS

<< REGISTRO: 19:06:39 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

CURACIONES EN CASA CON ISODINE
APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

** ORDENES MEDICAS:

VALORORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA 23/07/18 JORNADA MAÑANA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12203819

ADMISION N_: 53664

NOMBRE: MARULANDA BERMEO JHON JAVIER **Num. Id-:** CC 12203819

FECHA NACIMIENTO: 83.06.10 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.07.19 19:06

DIRECCION: CRA 2 W NO 54 10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3123022691

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

<< REGISTRO: 19:06:57 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.19-19:06:43 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.07.19 **HORA DE EGRESO:** 19:06:43 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 5 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:
VIVO

Ana Maria Lobo M.
MEDICA GENERAL
C.C. 1091667678
Universidad Surcolombiana

Dr. ANA MARIA LOBO
Registro Medico: 1091667678

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12228

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11908	NEIVA,11-Sep-2018		09:06:23
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.10.11	
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**		
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: GARCIA CARDOSO YOVANY		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: GARCIA CARDOSO YOVANY

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
76968460	GARCIA CARDOSO YOVANY	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: GARCIA CARDOSO YOVANY	AT1324142174760	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
14 SEP 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Saludlaser S.A.
NIT: 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 16 meses 16-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Soldilaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17359

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N.I. (X) Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica (X) Ambulancia Medicada ( )

Vehiculo Placa No.: HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: R.C. (X) | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C	7696 3946	Yovany		Bucio	Cardoso
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CR 3 con cll 76. Zona U (X) R ( )

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 08 M 7 A 08 A las: 11 H 30 M

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica de Fracturas y ortopedia Ltda

NIT: 800 110 181-9 Código de habilitación: 41 001 0046601

Dirección: cll 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, declaro que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Tito Vladimir Polania Lopez
MEDICO
R.M. 0967/03 - USCO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC 7702628

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

754

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17416

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 08

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO XJD33C

No. DE POLIZA 1324142174760

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) William Andres Ramos C.C. 1075235957 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cr 3 con cll 76. HASTA: clinica de fracturas y ortopedia.

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 06:55

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Yovany Garcia Cardoso. IDENTIFICADO CON C.C. No. 7 696 846 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

...ser S.A.S. NIT. 900.374.272-2 HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA 30091

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
05 JUL 2018	06:55	07:02	07:14	07:22	R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Garcia	Cardoso	Yovany	76968146

FECHA NACTO	SEXO		C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
07 OCT 1971	M X	F	T.I.	C.E.		76276846	

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Cll 82C N4-62 Barrio: Eduardo Santos Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: Colombia Telefono 3209491594

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Cra 3 Cll 76 — Residencia | Via publica X | Comercio | Trabajo | Otros | Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No. 1421747 6-0 — Placa: XJD33C — EPS-C Comfamiliar — EPS-S — Estudiantil | Prepagada | Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO: Accidente Tránsito X | Accidente Laboral | Accidente Comun | Terrorismo | Lesion por agresión | Enfermedad General | Catástrofe | Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino accidentado como conductor de moto que colisiona con otra moto.

Alergias: No

Medicamentos: No

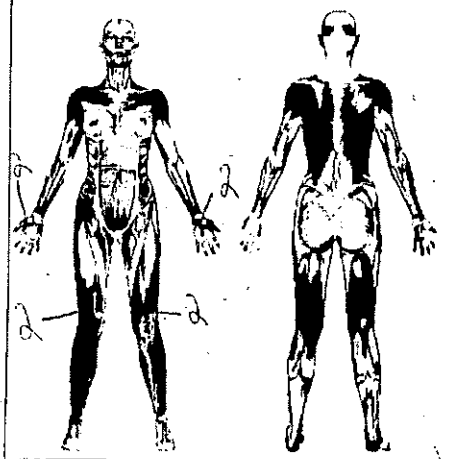
Antecedentes Patalógicos: No

Ultimo Alimento: horas — Embarazo X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO — TA: 100/60 FC: 86X FR: 22X T: 36.6° — NEUROLÓGICO — PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	(6)	Ordenes	4	Retira	2	Extension	
	5	Localiza	3	Flexión anormal	1	No hay	
R.V:	(5)	Orientada	3	Inapropiada	1	No hay	
	4	Confusa	2	Incomprensible			
A.O:	(4)	Espontánea	2	Al dolor	TOTAL		
	3	Al llamado	1	No hay	15 /15		



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE 15

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	(4)	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	(4)	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	(4)	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo	
Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.	izquierda.
Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia	
Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:	
Ventilación		Inmovilizacion Total			

IMPRESION DIAGNOSTICA: Abrasion mano derecha izquierda Abrasion rodilla derecha e

Traslado a: Clinica de Traumas

Recibido por:

Se entrega | Vivo | Muerto X

Firma del Paciente

Tito Vladimir Polania Torres MEDICO Tipo unidad M. 0997/03 - UBCO TAB

OBSERVACIONES: HFU906

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Brayan Ortiz Nombre Conductor: William Ramos

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 08/07/18 HORA 06:55

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Yovany García Cardoso

IDENTIFICACION 7696 846

DIRECCIÓN CII 82C N4-62 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3209491594

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa XGD 33C

Poliza No. 1921747G-0 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba como conductor de moto que colisiona con otra moto.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Moto-Moto

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Yovany García Cardoso
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 7696 846

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

DECLARACION DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Yovany Garcia Cardoso No. Documento de Identidad 7696846

Edad 46 Sexo M Dirección Domicilio Cll 82C #4-62 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3204008880

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Yovany Garcia Cardoso No. Documento de Identidad 7696846

Edad 46 Sexo M Dirección Domicilio Cll 82C #4-62 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3204008880

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa XJD33C Vehiculo Moto

3.1 Aseguradora Previsora Póliza No. 1308004164266000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 08-07-2018 Hora 06:55

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente:
Conductor X Ocupante Peatón	carrera 3 Calle 76

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:

Por favor diligencie en forma clara y detallada la narración de los hechos

Yo Yovany Garcia Cardoso declaro que me movilizaba como conductor de la moto de placas XJD33C cuando colicione con otra moto y caigo sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Yovany Garcia Cardoso identificado con c.c. 7696846 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 08-07-2018 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Huella

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

6

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA	MOTOCICLETA	PARTICULAR	124
2018	06	12	DEL	2018	06	13	DEL	2019	06	12			

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2013	XJD33C	BAJAJ	DISCOVER 125

No MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
JZZWCC01310	9FLJZC1Z9DCK16005

No.VIN.	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FLJZC1Z9DCK16005	2	0.00	121

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: GARCIA CARDOSO YOVANY — TELÉFONO TOMADOR: 3204008880

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	7696846	13	1357	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 82 C 4 - 62 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4142174760

AT 1324 1308004164266000

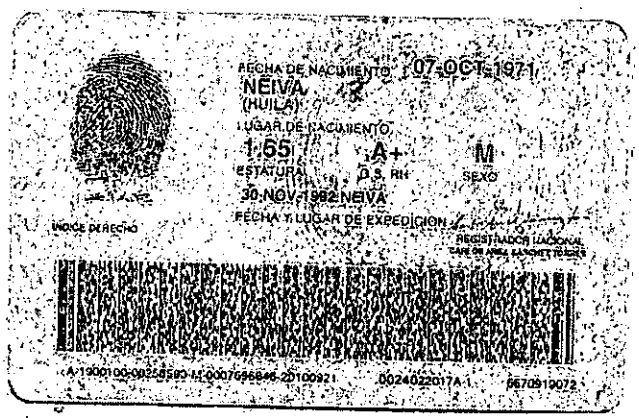
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

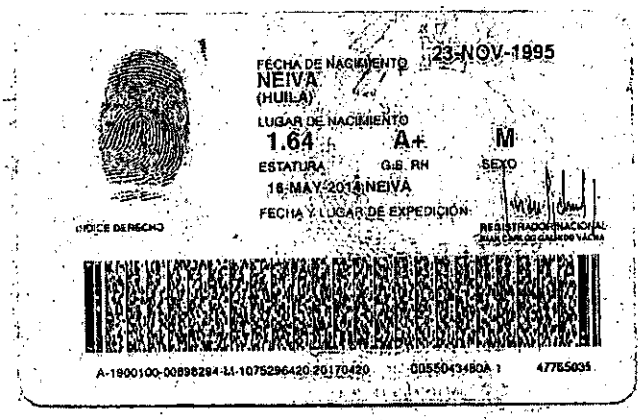
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, TÓXICOS Y HOSPITALARIOS 39 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 75
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS 1

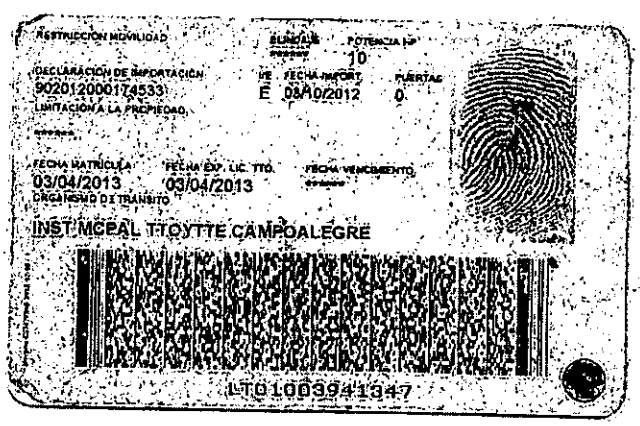
14217476 0

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-6







PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN

VIGENCIA

AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2018	06	12		2018	06	13		2019	06	12

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: GARCIA CARDOSO YOVANY

TELÉFONO TOMADOR: 3204008880

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	7696846	13	1857	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 82 C 4 - 62

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4142174760

AT 1324 1308004164266000

MOTOCICLETA | PARTICULAR | 124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2013	XJD33C	BAJAJ	DISCOVER 125

No. MOTOR: JZZWCC01310

No. CHASIS o No. SERIE: 9FLJZC1Z9DCK16005

No. VIN: 9FLJZC1Z9DCK16005

PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
2	0.00	121

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 39 SMLDV
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

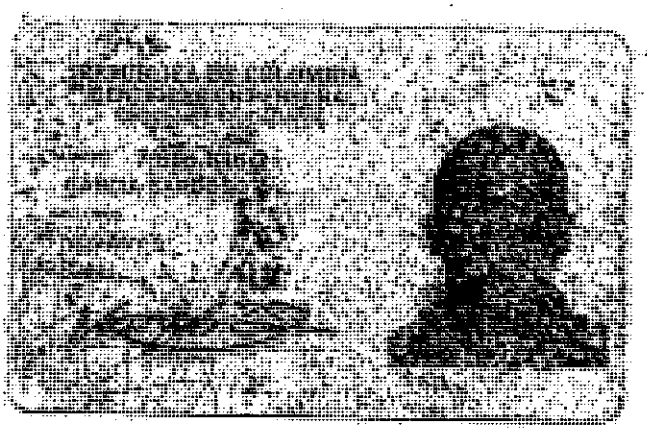
900 100 SALARIOS MINIMOS LEGALES

14217476 0

FIRMA AUTORIZADA

LLAME GRATIS AL 01 8000 510554

FORMA SOA 002





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRANSITO No. 10005174354

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
XJD33C	BAJAJ	DISCOVER 125	2013

CL. IND. CARROC.	COLOR	SERVICIO
124	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

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

NUMERO DE MOTOR: JZZWCC01310 — REG. N — VIN: 9FLJZC1Z9DCK16005

NUMERO DE SERIE: 9FLJZC1Z9DCK16005 — REG. N — NUMERO DE CHASIS: 9FLJZC1Z9DCK16005 — REG. N

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): GARCIA CARDOSO YOVANY

IDENTIFICACION: C.C. 7696846

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52882

CC 7696846

NOMBRE:GARCIA CARDOSO YOVANY EDAD: 46 A F. NACI:71.10.07 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CALLE 82C # 4 62 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3204008880 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 08/07/2018 07:35

MOTIVO CONSULTA

CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS XJD33C QUE COLICIONA CO OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--><<2018.07.08-07:43:49>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52882

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: APENDICECTOMIA A LOS 9 AÑOS * Alergicios: Niega

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 140/93 FC: 104 FR: 20 T: 36. SO2: 99 PESO:75 TALLA: 165 IMG: .** E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral ABRASION EN MEJILLA DERECHA

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASIONES CON TATUAJE Y MATERIAL INERTE EN AMBAS PALMAS DE MANOS CON PERDIDA DE PIEL; ABRASION CON TATUAJE EN ANTEBRAZO DERECHO, ABRASION EN RODILLA DERECHA; ABRASION CON TATUAJE Y MATERIAL INERTE Y DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA QUE AUMENTA CON LA EXTENSION, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 7696846 ADMISION N : 52882

NOMBRE:GARCIA CARDOSO YOVANY EDAD: 46 A F. NACI:71.10.07 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CALLE 82C # 4 62 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3204008880 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 08/07/2018 07:35

PIEL

De laspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1

T141 ABRASIONES CON TATUAJE

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.08-07:43:52>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52882

*** PLAN ***

CURACIÓN, ANALGESIA E IMAGENOLOGÍA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

--->><<18.07.08-08:25:09>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52882

*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX RODILLA IZQUIERDA SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.07.08-08:52:51>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52882

*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS Y SE ORDENA SALIDA CON FORMULA , RECOMENDACIONES, CONTROL E INCAPACIDAD

*** PLAN ***

** OTROS:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52882

CC 7696846

NOMBRE:GARCIA CARDOSO YOVANY EDAD: 46 A F. NACI:71.10.07 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CALLE 82C # 4 62 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3204008880 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION _____ 08/07/2018 07:35

HIELO LOCAL, REPOSO Y CURACION EN CASA; ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER REVALORADO NUEVAMENTE SI PRESENTA ENROGECIMIENTO DEL SITIO DEL TRAUMA, AUMENTO DEL VOLUMEN, , FIEBRE, CALOR LOCAL O MUCHO DOLOR; CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 10

IBUPROFENO TABLETAS, TOMARSE 1 (UNA) TABLETA CADA 8 HORAS, PREFERIBLEMENTE DESPUES DE CADA COMIDA

--->><<18.07.08-08:53:31>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52882

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.08-08:53:10 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

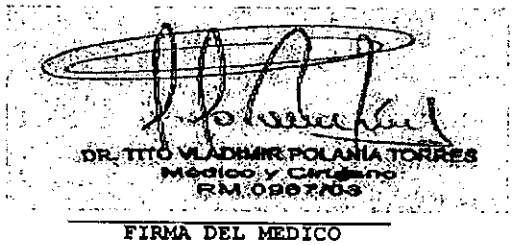
** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S800 CONTUSION DE LA RODILLA IZQUIERDA	T141 ABRASIONES CON TATUAJE

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS FECHA: 18.07.08 HORA: 08:53:1

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 3 DIAS



FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12235

TIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11913	NEIVA,11-Sep-2018	09:26:30
IECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.10.11	

ITRATO/PLAN 01 SOAT

REGIMEN OTRO REGIMEN

Observaciones: PACIENTE: GUZMAN JORGE ENRIQUE

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: GUZMAN JORGE ENRIQUE

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
149905780	GUZMAN JORGE ENRIQUE	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: GUZMAN JORGE ENRIQUE	AT1324137577090	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017

14 SEP 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.

FORMA PAGO: CREDITO
FC 260,414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18782005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Saludlaser S.A.S.
FRANCISCO A[illegible] ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldadlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17361

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. C.E. P.A. T.I. [X] NIT — Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No.: GGU 233

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	14990548	Jorge	Enrique	Guzman	
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cl 3 con cll 76. Zona [X] U [ ] R

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 0 8 M 7 A 0 1 0 A — A las: H 1 M 1

Nombre IPS que atendió la victima: clinica de fracturas y ortopedia ltda

NIT: 800 110 181-9 Código de habilitación: 41 001 004 6601

Dirección: cll 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente declaro que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Tito Vladimir Polania Torres
MEDICO
0087/03 - USCO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

cc 7702678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Tito Vladimir Polania Torres
MEDICO
R. M. 0087/03 - USCO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

766

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17418

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 08

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO OPS85E

No. DE POLIZA 1324137577090

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Reina C.C. 1075253271 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cr 3 con cll 76. HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 06+55

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. 660 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jorge Enrique Guzman. IDENTIFICADO CON C.C. No. 14 990 178. DE Cali

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Angiolaser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA — 30093

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
29 Julio 2018	06+55	07+10	07+55	08+07	R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres	
Guzman		Jorge Enrique	1.499.057.8

FECHA NAC/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
23 Mayo 1947	M X F	T.I.	C.E.		1499057-8	

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Cl 8 No 28-95 — Barrio: Santa Rosa — Municipio: Neiva — Departamento: Huila — Pais: Colombia — Telefono: 3152986537

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN: Cra 3 Cl 176 — Residencia [ ] Via publica [X] Comercio [ ] Trabajo [ ] Otros [ ] Cual: — ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No.: 13757709-0 — Placa: OPS856 — EPS-Compañian [ ] EPS-S [ ] — Estudiantil [ ] Prepagada [ ] Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

[X] Accidente Tránsito	[ ] Terrorismo	[ ] Catàstrofe			
[ ] Accidente Laboral	[ ] Lesion por agresiòn	[ ] Otro			
[ ] Accidente Comun	[ ] Enfermedad General				

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino que iba como conductor de moto que colisiona con otra moto

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patalògicos: No

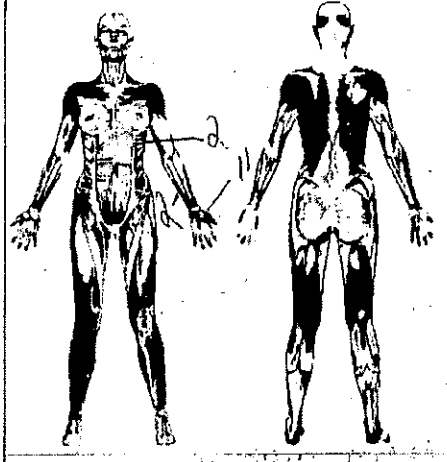
Ultimo Alimento: horas — Embarazo: X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO — TA: 100/65 — FC: 88 X — FR: 23 X — T: 36,5°

NEUROLOGICO — PUPILAS — D: 3 mm — I: 3 mm

R.M: 6	6 Ordenes	4 Retira	2 Extension			
	5 Localiza	3 Flexiòn anormal	1 No hay			
R.V: 5	5 Orientada	3 Inapropiada	1 No hay			
	4 Confusa	2 Incomprensible				
A.O: 4	4 Espontànea	2 Al dolor	TOTAL 13/15			
	3 Al llamado	1 No hay				



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE: 11

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

[ ] Collar Cervical	[ ] RCCP	[X] Monitoreo			
[ ] Aspiraciòn	[ ] Hemostasia	[ ] Liquidos I.V.			
[ ] Oxigenaciòn	[ ] Inmovilizacion MsSs	[X] Asepsia			
[ ] Intubacion	[ ] Inmovilizacion MsIs	[ ] Otro:			
[ ] Ventilaciòn	[ ] Inmovilizacion Total	[ ]			

IMPRESION DIAGNOSTICA: Alteración en el arco costal y antebrazo izquierdo + TX mano izquierda

Traslado a: clinica de fractura

Recibido por:

Se entrega | Vivo [ ] Muerto [ ]

Firma del Paciente

Tito Vladimir Polania Torres MEDICO EMMA - USCO

Tipo de unidad: TAB

OBSERVACIONES: GGU 233

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Elizabeth

Nombre Conductor: Cristian Peña

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 08/07/18 HORA 06:55

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jorge Enrique Guzman

IDENTIFICACION 14990578

DIRECCIÓN Cl 80 N2B-45 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3152986537

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa OPS 85E

Poliza No. 13757709-0 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba como conductor de moto que colisiona con otra moto.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Moto - Moto

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Jorge Enrique Guzman

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 14990578

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

8



PREVISORA

SOAT DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

VIGENCIA

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA
2017	09	12	DEL	2017	09	13	DEL	2018	09	12

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: GUZMAN SALAZAR JAIR FARSIONT

TELEFONO TOMADOR: 3144677018

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	NUMERO DE IDENTIFICACION TOMADOR	CAMBIAR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	AGENCIA PRODUCCION	CIUDAD EXPEDICION
CC	7730278		13	1335	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 80 N 2B 45

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4137577090

AT1324 1308004111559000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	94

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OPS85E	BAJAJ	DISCOVER 100 ST

No MOTOR: JBZWHA50912

No VIN: 9FLA14AZ8JAJ02342

PASAJEROS	CAPACIDAD TOTAL	TARIFA
2	2	111

PRIMA SOAT: $ 203100

CONTRIBUCION FOSYGA: $ 101550

TASA RUNT: $ 1300

TOTAL A PAGAR: $ 306450

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, $ 600 SALARIOS MINIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION

1375780 0

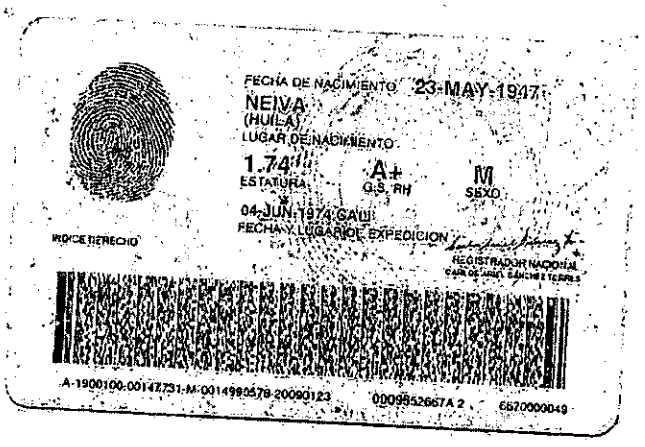
Tel. 871 7800

LLAME GRATIS AL 01 8000 910564

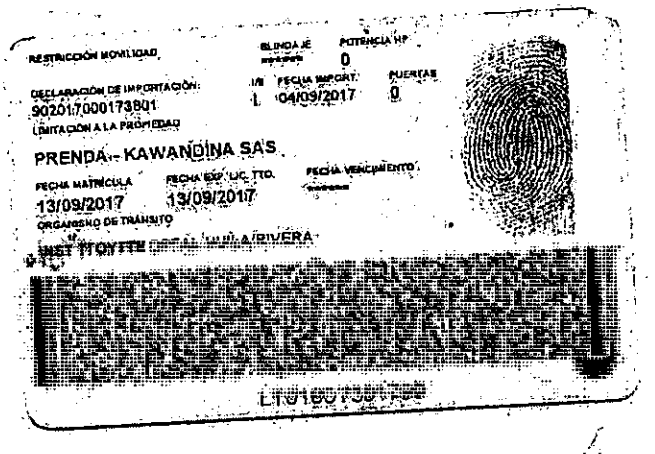
FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5

ORIGINAL



FECHA DE NACIMIENTO: 23-MAY-1917
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
04-JUN-1974 GAUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1900100-00147731-M-0014980579-20090123 0009852667A 2 6670000049



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
BLINDAJE
POTENCIA HP: 0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902017000173801
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
L
FECHA IMPORT. 04/09/2017
PUERTAS: 0
PRENDA - KAWANDINA SAS
FECHA MATRÍCULA: 13/09/2017
FECHA EXP. LIC. TTO.: 13/09/2017
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO
A/RIVERA
L1J0100 F00

PREVISORA

VIGENCIA

DESDE LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
	2017	09	12		2018	09	12

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: GUZMAN SALAZAR JAIR FARSION

TELEFONO TOMADOR: 3144677018

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	ZONA SOLICITUD RECEPCIÓN	CLASE PRODUCTO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	7730278	13	1335	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 80 N 2B 45

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

RED/PLAZA POLIZA No: 4137577090

AT 1324 1308004111559000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA | SERVICIO: PARTICULAR | CILINDRAJE/VATIOS: 94

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OPS85E	BAJAJ	DISCOVER 100 SF

No. MOTOR: JBZWHA50912 | No. CHASIS: 9FLA14AZ8JAJ02842 | CILINDRAJE: 94

No. VIN: 9FLA14AZ8JAJ02842 | PASAJEROS: 2 | CAPACIDAD TON.: | TARIFA: 111

PRIMA SOAT: $ 203100 | CONTRIBUCIÓN FOSYGA: 101550 | IVA: 19380 | TOTAL A PAGAR: 306450

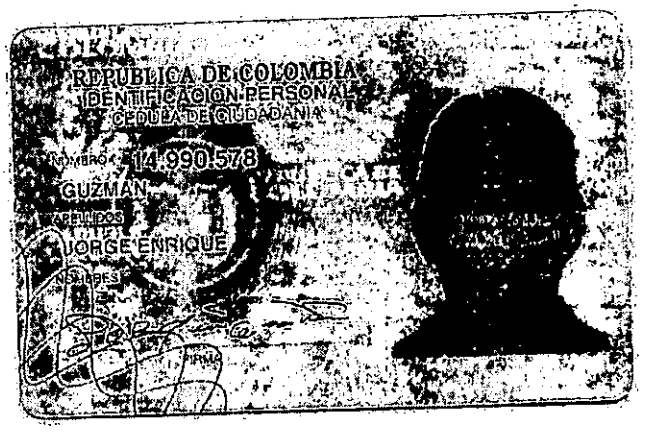
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: $ 450 SALARIOS MÍNIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN

13757969 0

CLAME GRATIS AL 01 8000 910554

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-S



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10014657921

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
OPS85E	BAJAJ	DISCOVER 100 SPORT	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
94	ROJO ECLIPSE	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD No. PAS.
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN
JBZWHA50912	N	9FLA14AZ8JAJ02842

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
9FLA14AZ8JAJ02842	N	9FLA14AZ8JAJ02842	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACION
GUZMAN SALAZAR JAIR FARSION | C.C. 7730278

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

1. DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre Jorge enrique. Guzman No. Documento de Identidad 14990578

Edad 71 Sexo M Dirección Domicilio Calle 80#20-45 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3152986537

2. DATOS DEL CONDUCTOR:

Nombre Jorge enrique Guzman No. Documento de Identidad 14990578

Edad 71 Sexo M Dirección Domicilio Calle 80#20-45 Ciudad Neiva Teléfono

Dirección Trabajo Teléfono Celular 3152986537

3. DATOS DEL VEHÍCULO

Marca Bajaj Placa OPS 85E Vehículo Moto

3.1 Aseguradora previsora Póliza No. 1308004111559000

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO:

Fecha 08-07-2018 Hora 06:55

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Condición de la Víctima	Sitio de los hechos: Indique el lugar exacto en el que se produjo el accidente
Conductor X Ocupante Peatón	Carrera 3 Calle 76.

4.2. RELATO DE LOS HECHOS:
Por favor diligencie en forma clara y detallada la versión de los hechos

Yo Jorge enrique Guzman declaro que me movilizaba como conductor de la moto de placas OPS85E cuando colicano con otra moto y caigo sufriendo lesiones.

5. VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo Jorge enrique. Guzman identificado con c.c. 14990578 declaro que la información consignada en la presente declaración de siniestro es cierta, que los hechos narrados son veraces y son producto del accidente de transito ocurrido en la fecha indicada anteriormente.

Acepto en la ciudad de Neiva Fecha y hora 08-07-2018 en la entidad prestadora del servicio de salud CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA

Firma Victima
Nombre

Huella

Firma Acompañante
Nombre

Sello y nombre del funcionario de la entidad prestadora del servicio de salud

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52884

CC 14990578

NOMBRE:GUZMAN JORGE ENRIQUE EDAD: 71 A F. NACI:47.05.23 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 80 NO 2B 45 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3152986537 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 08/07/2018 08:19

MOTIVO CONSULTA

CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS OPS85E QUE COLICIONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFIRENDO LESIONES

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposici¢n diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.08-08:23:23>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52884

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 134/81 FC: 81 FR: 20 T: 36. SO2: 0 PESO:85 TALLA: 174 IMG: .** E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 5 GLASGOW(15)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++), ABRASION EN FLANCO IZQUIERDO CON TATUAJE

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, ABRASION Y DOLOR EN DORSO DE MANO IZQUIERDA, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N_: 52884

CC 14990578
NOMBRE:GUZMAN JORGE ENRIQUE EDAD: 71 A F. NACI:47.05.23 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U
DIRECCION: CLL 80 NO 2B 45 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3152986537 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 08/07/2018 08:19

PIEL
De aspecto normal.
FANERAS
De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S602 CONTUSION DE MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICO RELACIONADO-1
T141 ABRASION CON TATUAJE

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.08-08:23:25>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52884
*** PLAN ***

CURACIÓN, ANALGESIA E IMAGENOLOGÍA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

--->><<18.07.08-08:45:26>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52884
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX MANO IZQUIERDA SIN LESIONES NI FRACTURA

--->><<18.07.08-08:54:12>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52884
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX MANO IZQUIERDA SIN LESIONES NI FRACTURAS

--->><<18.07.08-08:55:59>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52884
*** EVOLUCION ***

SE REVISAN IMAGENES, SE DESCARTAN FRACTURAS Y SE ORDENA SALIDA CON FORMULA , RECOMENDACIONES, CONTROL E

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52884

CC 14990578

NOMBRE:GUZMAN JORGE ENRIQUE EDAD: 71 A F. NACI:47.05.23 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 80 NO 2B 45 CIUDAD: NEIVA TELEFONO:3152986537 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 08/07/2018 08:19

INCAPACIDAD

*** PLAN ***

** OTROS:

HIELO LOCAL, REPOSO Y CURACION EN CASA; ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA SER REVALORADO NUEVAMENTE SI PRESENTA ENROGECIMIENTO DEL SITIO DEL TRAUMA, AUMENTO DEL VOLUMEN, , FIEBRE, CALOR LOCAL O MUCHO DOLOR; CONTROL ABIERTO POR ORTOPEDIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20

ACETAMINOFEN TABLETAS, TOMARSE 2 (DOS) TABLETAS CADA 8 HORAS (6AM 2PM 10 PM)

--->><<18.07.08-08:57:03>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52884

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.08-08:56:09 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO1
S602 CONTUSION DE MANO IZQUIERDA	T141 ABRASION CON TATUAJE

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS FECHA: 18.07.08 HORA: 08:56:0

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 3 DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52884

CC 14990578

NOMBRE:GUZMAN JORGE ENRIQUE EDAD: 71 A F. NACI:47.05.23 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: CLL 80 NO 2B 45 CIUDAD:NEIVA TELEFONO:3152986537 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 08/07/2018 08:19



FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

7

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12247

TIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
PREVISORA S.A.			EVENTO	1-11925	NEIVA 11-Sep-2018	10:02:05
RECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.10.11
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: LOZANO CUNDA NEIDER YESID		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: LOZANO CUNDA NEIDER YESID

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075301134	LOZANO CUNDA NEIDER YESID	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: LOZANO CUNDA NEIDER YESID	at1324140876050	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
14 SEP 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Saludlaser SALUDLASER S.A.S
NIT. 900324272-4
FRANCISCO AUDRES RIOJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldiaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17608

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 11925

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG [ ] RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [X] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehiculo Placa No. HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] A.S. [ ] M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075301134	Neider	Yesid	Lozano	Cunda
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección KM 0 + 500 M Neiva vegalarga Zona U [X]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 02 07 2018 A las 0356

Nombre IPS que atendió la victima clinica de fracturas y ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 410010046601

Dirección cll 18 #6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o funcionario de la Institución Prestadora de salud declaro la gravedad de juramento que la información consignada en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por la Administradora Fiduciaria del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produciría esta situación. Adicionalmente manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1075296611

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
EDUARDO ANDRES MONTES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA NATURAL

Total folios [ ]

779

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17611

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 07 DIA 02

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: RU137E

No. DE POLIZA: 1574140876050

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): cristian camilo Pena C.C. 1075293271 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Km 0 sobre Neiva - Vegalarga HASTA: clinica Evacuados

03:20

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HTU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Nelson Yesid Lozano Cuenca IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075301134 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL: SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

[redacted] S.A.S. NIT. 900.324.272-2 HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA 30107

HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
02 Julio 2018 03:20	03:28	03:47	03:56	R X N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Lozano	Cerda	Nelder Yesid	1075301134

FECHA NAC/TO	SEXO		C.C.	X	R.C.		PAS.		NUMERO	EDAD
22 Nov 1996	M X	F	T.I.		C.E.				1075.301.134	

RESIDENCIA ACTUAL Direccion: Km 22 Barrio/vereda los Cauchos Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: colombia Telefono 3118419828

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No.		
Km 0 + 600 m Neiva-Vegalarga	Residencia		Trabajo		1324140876050	Estudiantil	
	Via publica	X	Otros	Diresalud	EPS-C Coomeva	Prepagada	
	Comercio		Cual:	Placa: RUI 37E	EPS-S	Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
X	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catàstrofe
	Accidente Laboral		Lesion por agresiòn		Otro
	Accidente Comun		Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino, mayor de edad que iba como Conductor de moto que cae porque se queda dormido

Alergias: Niega

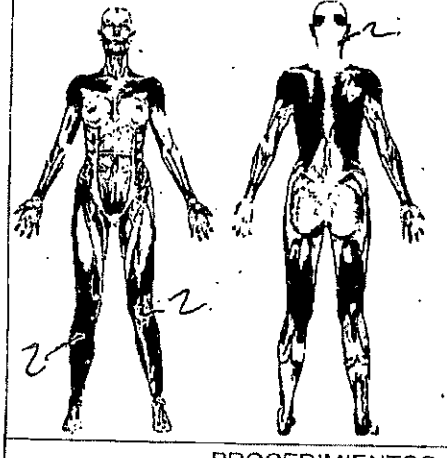
Medicamentos: Niega

Antecedentes Patalògicos: Niega

Ultimo Alimento: horas Embarazo X

Ciruglas: Niega

EXAMEN FISICO TA: 127/90 FC: 78 FR: 23 T: 37°C



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

NEUROLÓGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	(6)	Ordenes	4	Retira	2	Extension
	5	Localiza	3	Flexiòn anormal	1	No hay
R.V:	(5)	Orientada	3	Inapropiada	1	No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible		
A.O:	(4)	Espontànea	2	Al dolor	TOTAL	15/15
	3	Al llamado	1	No hay		

REVISED TRAUMA SCORE 12

Respiratorio	10-29 (4)	>29 3	6-9 2	1-5 1	0 0
PA sistólica	>89 (4)	76-89 3	50-75 2	1-49 1	0 0
Glasgow	13-15 (4)	9-12 3	6-8 2	4-5 1	3 0

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion Msls		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: abracción en Rodilla izq y pierna derecha

Traslado a: clinica de fracturas y ortopedia

Recibido por:

Se entrega Vivo X Muerto

Firma del Paciente

Juan Alberto [illegible] Médico y Cirujano UNICAUCA RM 17961-724-2-2

OBSERVACIONES HFU 906

TAM unidad TAB X

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Elizabeth Tafur

Nombre Conductor: Cristian Perez

8

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 02 Julio 2018 HORA 0820

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Neider Yesid Lozano Cunda

IDENTIFICACION 1075301134

DIRECCIÓN Km 22 Veredalos Cauchos TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3112419588

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca Placa Rol 37E

Poliza No. 1324 1408 7605 0 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino mayor de edad que iba como conductor de moto que cae cuando se queda dormido conduciendo la motocicleta.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

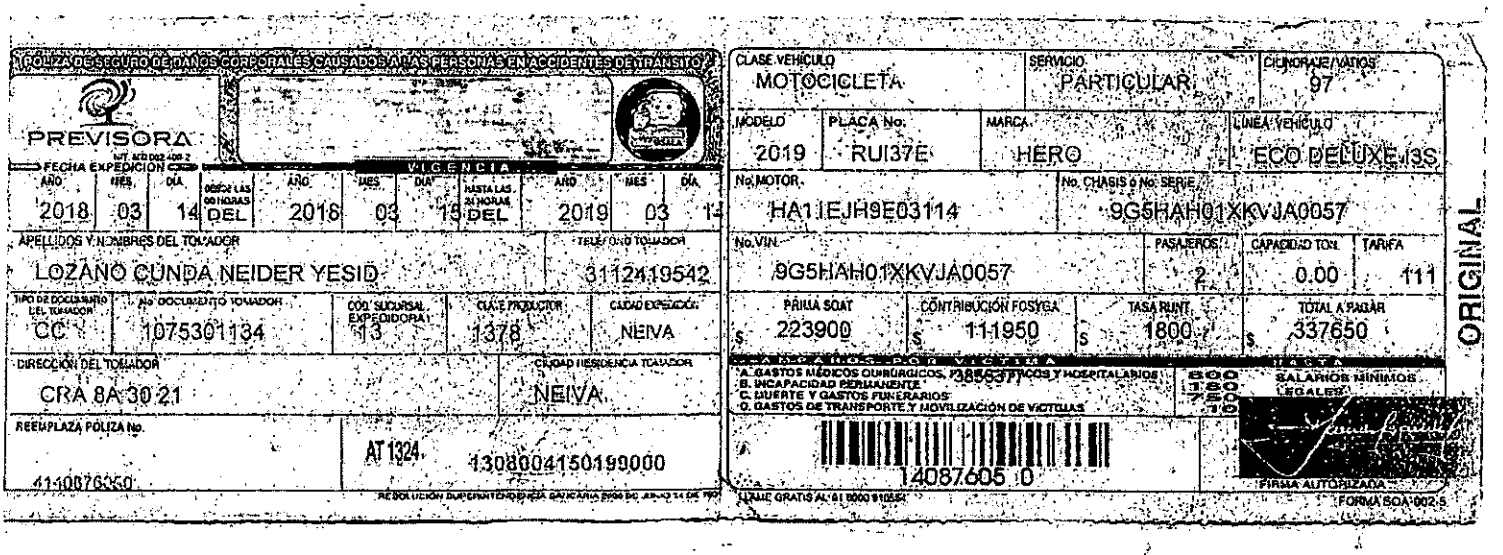
En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Neider Yesid Lozano Cunda 1075301134.
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

C.C



PREVISORA

POLIZA DE SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 03 DIA 14 DESDE LAS 00 HORAS DEL: AÑO 2018 MES 03 DIA 15 HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2019 MES 03 DIA 14

VIGENCIA

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: LOZANO CUNDA NEIDER YESID

TELEFONO TOMADOR: 3112119542

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075301134

COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13

CLASE PRODUCTOR: 1378

CIUDAD EXPEDICION: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CRA 8A 30 21

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 411007633O

AT 1324 1308004150199000

RESOLUCION SUPERINTENDENCIA BANCARIA 2004 DEL 28-12-14 DE 199

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE/CATOS: 97

MODELO: 2019

PLACA No.: RUI37E

MARCA: HERO

LINEA VEHICULO: ECO DELUXE I3S

No. MOTOR: HA11EJH9E03114

No. CHASIS o No. SERIE: 9G5HAH01XKVJA0057

No. VIN: 9G5HAH01XKVJA0057

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON.: 0.00

TARIFA: 111

PRIMA SOAT: $ 223900

CONTRIBUCION FOSYGA: $ 111950

TASA RUNT: $ 1800

TOTAL A PAGAR: $ 337650

AMPARA

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES

B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 150

C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 750

D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS: 210

14087605 0

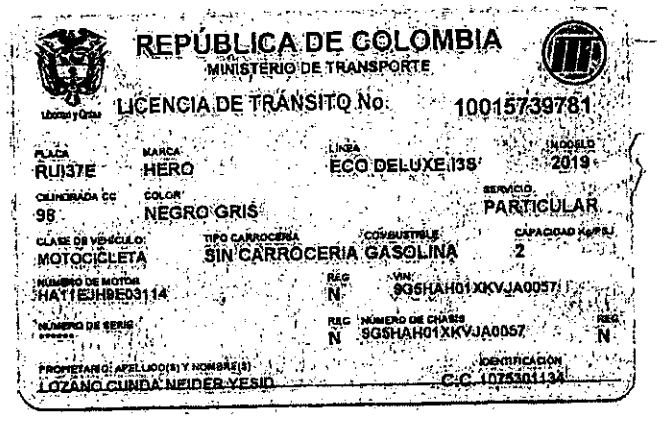
LINEA GRATIS AL 01 8000 910554

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5

ORIGINAL





REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015739781

PLACA: RUI37E

MARCA: HERO

LINEA: ECO DELUXE I3S

MODELO: 2019

CILINDRADA CC: 98

COLOR: NEGRO GRIS

SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA

TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CAPACIDAD KG/PAS: 2

NUMERO DE MOTOR: HA11EJHBE03114

REG: N

VIN: 9G5HAH01XKVJA0057

NUMERO DE SERIE:

REG: N

NUMERO DE CHASIS: 9G5HAH01XKVJA0057

REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): LOZANO CUNDA NEIDER YESID

IDENTIFICACION: C.C. 1075301134

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9

CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52469

CC 1075301134

NOMBRE:LOZANO CUNDA NEIDER YESID EDAD: 21 A F. NACI:96.11.22 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: KM22 VEREDA LOS CAHUCHOS CIUDAD: TELEFONO:3112419528 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 02/07/2018 04:06

MOTIVO CONSULTA

CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS RUI37E SE QUEDA DORMIDO Y SE CAE

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA VALORADO A LAS: 3+56 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 36 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN AMBAS PIERNAS Y CABEZA NIEGA TRAUMA: EN CUELLO, TORAX, ABDOMEN, PELVIS, NO HAY CLARIDA SOBRE PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA, ALIENTO ALCOHOLICO

REVISION POR SISTEMAS

* Sintomas generales: No manifiesta * Sistema respiratorio: No manifiesta * Sistema cardiovascular: No manifiesta * Sistema gastrointestinal: Deposición diaria normal, niega otros * Sistema endocrino: No manifiesta * Sistema genitourinario: No manifiesta * Sistema musculoesqueletico: No manifiesta * Sistema Neurologico: No manifiesta.

ANTECEDENTES

--->><<2018.07.02-04:13:01>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) H.U. 52469

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

RESUMEN DE SIGNOS

TA: 120/70 FC: 75 FR: 18 T: 37 SO2: 95 PESO: TALLA: IMG: E. EMBRIAGUEZ:NO

E.CONCIENCIA:ALERTA (X) OBNUBILADO ( ) ESTUPOROSO ( ) COMA ( ) AO: 4 RM: 6 RV: 4 GLASGOW(14)

** EXAMEN FISICO **

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, ABRASION EN REGION TEMPORAL DERECHA DOLOR PALPACION, RUBICUNDES FACIAL HIPEREMIA CONJUNTIVAL mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

EXTREMIDADES

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR PALPACION LIMITACION FUNCIONAL EN AMBAS PIERNAS , perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075301134 ADMISION N : 52469

NOMBRE:LOZANO CUNDA NEIDER YESID EDAD: 21 A F. NACI:96.11.22 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: KM22 VEREDA LOS CAHUCHOS CIUDAD: TELEFONO:3112419528 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 02/07/2018 04:06

PIEL

ABRASIONES EN AMBAS PIERNAS

FANERAS

De aspecto normal.

** DIAGNOSTICOS AL INGRESO **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

S801 CONTUSION DE LAS PIERNAS

DIAGNOSTICO RELACIONADO-2

S009 TCE LEVE

DIAGNOSTICO RELACIONADO-3

T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO-4

T141 ABRASIONES

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

EVOLUCION/CAMBIOS DE ESTADO EN PACIENTE

--->><<18.07.02-04:13:05>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469

*** PLAN ***

PACIENTE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES CON DOLOR EN PIERNAS Y CABEZA POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, CURACION DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE
RADIOGRAFIA DE PIERNA DERECHA AP Y LATERAL
RADIOGRAFIA DE PIERNA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 APLICAR 1 AMP IM AHORA

- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES .
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

--->><<18.07.02-05:41:32>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 -

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075301134 ADMISION N : 52469

NOMBRE:LOZANO CUNDA NEIDER YESID EDAD: 21 A F. NACI:96.11.22 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: KM22 VEREDA LOS CAHUCHOS CIUDAD: TELEFONO:3112419528 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION 02/07/2018 04:06

MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

TAC CEREBRAL SIMPLE SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS LINEA MEDIA CENTRADA VENTRICULOS LIBRES. NO SIGNOS DE SANGRADO, RX DE PIERNAS SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.

--->><<18.07.02-07:40:58>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** EVOLUCION ***

PACIENTE REVALORADO
AL EXAMEN PRESENTA EDEMA DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL DE LA RODILLA IZQUIERDA,
PLAN SS RX RODILLA IZQ Y SS VALORACION POR ORTOPEDIA

*** SOLICITUD PARACLINICOS ***

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

OBERVACION
DIETA NORMAL
PIERNA AFECTADA EN ALTO
PASAR A SALA DE RX
SS VALORACION POR ORTOPEDIA

--->><<18.07.02-08:48:42>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** INTERPRETACION PARACLINICOS ***

RX RODILLA IZQ NORMAL

--->><<18.07.02-08:49:15>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** EVOLUCION ***

SE REPORTA RX, PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA, SE REFUERZA ANALGESIA

*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 1 APLICAR SC AHORA

--->><<18.07.02-13:29:43>>, (DR(A). HJC - HECTOR JULIO CUERVO RAMIREZ - C.C. 19226380 - REG. MEDICO: 244 -

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

ADMISION N : 52469

CC 1075301134
NOMBRE:LOZANO CUNDA NEIDER YESID EDAD: 21 A F. NACI:96.11.22 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U
DIRECCION: KM22 VEREDA LOS CAHUCHOS CIUDAD: TELEFONO:3112419528 ZONA: U
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPAÑANTE:
PARENTESCO: DIRECCION: TELEFONO: AT:SI
RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI
OBSERVACION 02/07/2018 04:06

ORTOPEDIA) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** EVOLUCION ***

PACIENTE QUIEN PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA Y PIERNA IZQ
AL EXAMEN DOLOR , HEMARTROSIS Y LIMITACION A LA MOVILIDAD EN RODILLA IZQ NEUROVASCULAR NORMAL
RX FRACTURA ESPINA TIBIAL IZQ; NO DESPLAZADA
DIAGNOSTICO: FRACTURA DE ESPINA TIBIAL
PLAN
INMOVILIZAR CON FERULA DE YESO
NO APOYAR
ALTA
SALIDA CON AINES
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 3 SEMANAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS

--><<18.07.02-14:03:51>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** EVOLUCION ***

PACIENTE ES VALORADO POR ORTOPEDIA QUE INDICA EGRESO, TRATAMIENTO ANALGESICO AMBULATORIO, RECOMENDACIONES GENERALES , SIGNOS DE ALARMA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
INMOVILIZACION CON FERULA DE YESO SUROINGUINAL IZQ

--><<18.07.02-14:04:16>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ***

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 1 TABLETA CADA 8 HORAS

--><<18.07.02-14:05:01>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469
*** PLAN ***

** OTROS:

RECOMENDACIONES GENERALES---CURACIONES DIARIAS EN CASA CON ISODINE-REALIZAR TOQUES EN LAS HERIDAS CON MERCURIO CROMO---APLICAR HIELO LOCAL POR 10 MINUTOS CADA 8 HORAS EN AREAS DOLOROSAS--- CUIDAR YESO: NO MOJAR, NO RETIRAR, NI CORTAR---CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN 2 SEMANAS, DR CUERVO (PEDIR

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

CC 1075301134 ADMISION N_: 52469

NOMBRE:LOZANO CUNDA NEIDER YESID EDAD: 21 A F. NACI:96.11.22 SEXO:M ESTRATO:1 EC:U

DIRECCION: KM22 VEREDA LOS CAHUCHOS CIUDAD: TELEFONO:3112419528 ZONA: U

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO NOMBRE ACOMPADANTE:

PARÈNTESCO: DIRECCION:_____ TELEFONO: AT:SI

RESIDENCIA HABITUAL: DEPARTAMENTO 41 MUNICIPIO 001 NEIVA OBS: SI

OBSERVACION _____ 02/07/2018 04:06

CITA CON ANTELACION)

** OTROS:

SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS:--- ENROJECIMIENTO Y CALOR DE LAS HERIDAS--- SALIDA DE PUS DE LAS HERIDAS--- DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON ANALGESICOS--- LIMITACION FUNCIONAL IMPORTANTE

--->><<18.07.02-14:05:23>>, (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL) HISTORIA DE URGENCIAS 52469

*** PLAN ***

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.07.02-14:05:05 ESTADO A LA SALIDA:VIVO

INCAPACIDAD: TREINTA (30) DIAS

** DIAGNOSTICOS A LA SALIDA **

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S821 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DE LA TIBIA

DIAGNOSTICO RELACIONADO1
T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO2
S009 TCE LEVE

DIAGNOSTICO RELACIONADO3
T141 ABRASIONES

DIAGNOSTICO RELACIONADO4
S801 CONTUSION DE LAS PIERNAS

** DATOS DEL EGRESO/SALIDA **

Dest.Salida:ALTA DE URGENCIAS FECHA: 18.07.02 HORA: 14:05:0

ESTADO A LA SALIDA: VIVO INCAPACIDAD: 30 DIAS

Edgar Andres Obando B.

FIRMA DEL MEDICO

REGISTRO MEDICO

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12674

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-12348	NEIVA,10-Oct-2018	10:31:44
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.11.09

NTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
)1	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: AREVALO GONZALEZ LILIANA

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: AREVALO GONZALEZ LILIANA ANDREA

Item	Descripción del Item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1023875130	AREVALO GONZALEZ LILIANA ANDREA	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: AREVALO GONZALEZ LILIANA ANDREA	AT1324141748261	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 OCT 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¼n Numeraci¼n de Facturaci¼n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Habilitado COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

FRANCISCO REPRESENTANTE LEGAL

Salud... S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

1:213

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. [X] Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NVU 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. [X] | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1082398130	Liliana	andrea	Arevalo	Gonzalez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cra 9 Calle 4 Zona [X] [R]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 0 9 0 9 2 0 1 3 A las 0 9 : 3 0

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fractura Ortopedia

NIT 800 140 121-9 Código de habilitación 410010046601

Dirección: Clle 18 - 6-67

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono 875 8349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contralor a General de la Republica de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación . Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

Anyelo Tovar

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Dr. Anyelo Tovar
Médico Cirujano
CC. 7726132 - R.M. 358

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC: 7726132

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

791

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18440

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 09 DIA 01

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO SC924C

No. DE POLIZA 1324141748761

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Yeison Diaz Mosquera C.C. 1075211796 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 9 Calle 1 HASTA: Clinica Fracturas Oriente

03115

TIPO DE TRANSPORTE:

☒ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. NUV141

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Liliana Andrea Parada Gonzalez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1022375130 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Saludloser S.A.S. NIT. 900.324.272-2

HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA 31442

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
15 SEP 2018	08+45	08+49	09+08	09+12.	R [X] N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Arevalo	Gonzalez	Liliana Andrea	16238751130

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
10 NOV 1987	M [ ] F [X]	T.I. [ ]	C.E. [ ]		1023875130.	30 Meses Dias

RESIDENCIA ACTUAL			
Direccion: Cll 5S #8-33	Barrio: Villa constanza	Municipio: Neiva	
Departamento: Huila	Pais: Colombia	Telefono 314 467 1919	

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA	
cra 9 con cll 4	Residencia [ ]	Trabajo [ ]				Estudiantil [ ]
	Via publica [X]	Otros [ ]	Previsora		EPS-C [ ]	Prepagada [ ]
	Comercio [ ]	Cual:	Placa: SCQ24C		EPS-S [X] medimas	Vinculado [ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
[X]	Accidente Tránsito	[ ]	Terrorismo	[ ]	Catástrofe
[ ]	Accidente Laboral	[ ]	Lesion por agresiòn	[ ]	Otro
[ ]	Accidente Comun	[ ]	Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenino mayor de edad el que iba como pasajera de moto que cae por un hueco que hay en la via

Alergias: Niega

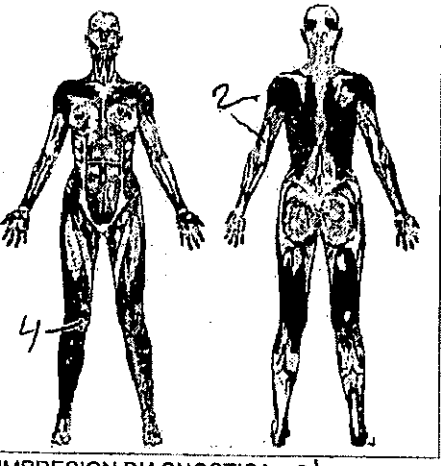
Medicamentos: Niega

Antecedentes Patalògicos: Niega

Ultimo Alimento: horas | Embarazo SI [ ] [X]

Cirugias: Niega.

EXAMEN FISICO	TA.	FC:	FR:	T°



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE Consciente Alerta Orientado

RESPIRA SI [X] NO [ ] PULSO SI [X] NO [ ]

PROCEDIMIENTOS					
[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiraciòn	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V.
[ ]	Oxigenaciòn	[ ]	Inmovilizacion MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilizacion MsIs	[ ]	Otro:
[ ]	Ventilaciòn	[ ]	Inmovilizacion Total	[ ]	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Abrasión antebrazo. I24: + Rx rodilla derecha.

Traslado a Clinica de fractura y ortopedia Huila

Recibido por: Angela Tovar

Se entrega | Vivo [X] | Muerto [ ]

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM [ ] | TAB [X]

OBSERVACIONES NVV195

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Elizabeth Tapia

Nombre Conductor: Yeison Diaz

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 1 Septiembre HORA 0845

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Liliana Andrea Arevalo.

IDENTIFICACION 1023875130.

DIRECCIÓN cll 55 #8-33. TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 314 467 1919

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta. Marca Placa SCQ 24C

Poliza No. 13241417482 61 Aseguradora Previsora.

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente femenina mayor de edad que iba como pasajera de moto que cae cuando caen en un hueco que haba en la via.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Liliana Arevalo

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023875130
NOMBRES	LILIANA ANDREA
APELLIDOS	AREVALO GONZALEZ
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	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/01/2018 09:11:16	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, corresponde directamente a su fuente de

PREVISORA

POLIZA DEL SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 04 DIA 21 — DESDE LAS 12 HORAS: AÑO 2018 MES 04 DIA 22 — HASTA LAS 24 HORAS: AÑO 2019 MES 04 DIA 21

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: BAILON HERNANDEZ YOHANY — TELEFONO TOMADOR: 3203559095

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC — No. DE DOCUMENTO TOMADOR: 7713049 — COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13 — CLASE PRODUCTOR: 9782 — CLAVE EXPEDICION: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 21 NO 20 93 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4141748281 — AT1324 — 1308004156473000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE / VATIOS: 114

MODELO: 2012 — PLACA No.: SCQ24C — MARCA: YAMAHA — LINEA VEHICULO: T115

No. MOTOR: E3H4E026926 — No. CHASIS O No. SERIE: 9FKKE1370C2026926

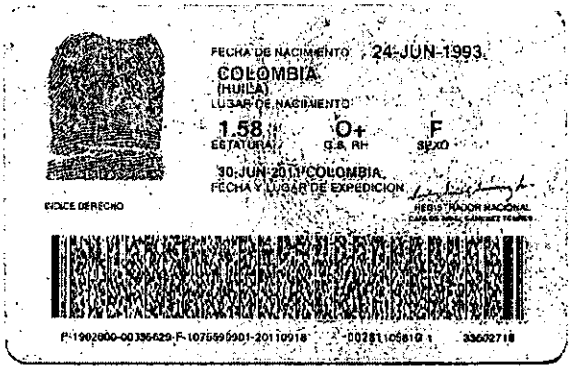
No. VIN: 9FKKE1370C2026926 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

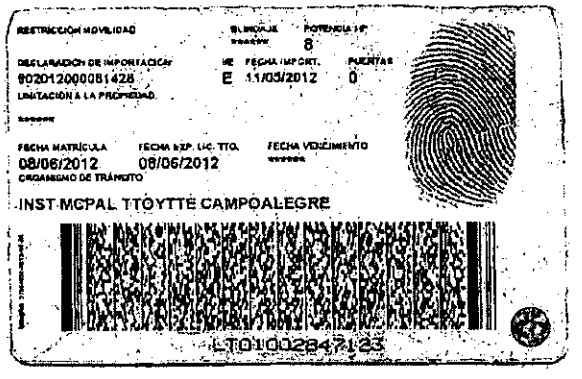
PRIMA SOAT: $ 300700 — CONTRIBUCION FOSYGA: $ 150350 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 452850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 180
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

14174826 1

LLAME GRATIS AL 01 8000 310554 — FORMA SOA-032-5





CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1023875130

ADMISION N_: 56438

NOMBRE: AREVALO GONZALEZ LILIANA ANDREA Num. Id-: CC 1023875130

FECHA NACIMIENTO: 87.11.10 EDAD: 30 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.09.01 HORA DE INGRESO: 09:21 Fecha/Hora de registro: 18.09.01 09:23

DIRECCION: CLL 55 NO 8 33 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3144671919

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.09.01

<< REGISTRO: 09:23:32 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS SCQ24C QUE AL COGER UN HUECO CAEN SUFREINDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADA EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PEROSNAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN RODILLA DERECHA,

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 120/70 FC: 72 FR: 18 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

ABRASION EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, DOLOR A LA PALPACION DE LA RODILLA DERECHA

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

12

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1023875130

ADMISION N_: 56438

NOMBRE: AREVALO GONZALEZ LILIANA ANDREA Num. Id-: CC 1023875130
FECHA NACIMIENTO: 87.11.10 EDAD: 30 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: 18.09.01 HORA DE INGRESO: 09:21 Fecha/Hora de registro: 18.09.01 09:23
DIRECCION: CLL 55 NO 8 33 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3144671919
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

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

PLAN/CONDUCTA
ANALGESIA
CURACION

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S834 - ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN LOS LIGAMENTOS LATERALES (EXTERNO) (INTERNO) DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 10:52:17 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS
RX DE RODILLA DERECHA SE OBSERVA FRACTURA ANTIGUA DE LA ESPINA TIBIAL, NO FRACTURAS NUEVAS

<< REGISTRO: 10:52:41 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
PACIENTE QUIEN PRESENTA AUMENTO DE VOLUEMN EN RODILLA DERECHA, SE SOLICITA VALORCION POR ORTOPEDIA

<< REGISTRO: 10:58:21 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1023875130

ADMISION N_: 56438

NOMBRE: AREVALO GONZALEZ LILIANA ANDREA Num. Id-: CC 1023875130
FECHA NACIMIENTO: 87.11.10 EDAD: 30 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.09.01 10:58
DIRECCION: CLL 55 NO 8 33 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3144671919
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

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

EVOLUCION

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN RODILLA DERECHA. ANTECEDENTE DE TRAUAMA ANTIGUO EN RODILL A DERECHA
AL EXAMEN FISICO: RODILLA DERECHA DERRAME ARTICULAR Y DOLOR A NMOVILIDAD , NEUROVASCULAR NORMAL.
RX FRACTURA AVULSION DE ESPINA TIBIAL. ANTIGUA?
DX: ESGUINCE DE RODILLA DERECHA
PLAN: SE PASA A SALA DE YESOS

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
ARTROCENTESIS
BAJO ANALGESIA SE PRACTICO ARTROCENTESIS DE RODILLA DERECHA CON DRENAJE DE 120 ML DE SANGRE. NO COMPLICACIONES.

<< REGISTRO: 11:06:32 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

EVOLUCION

SE EXMIEA UNA VEZ DRENADA LA HEMARTROSIS EN CONTRANDO RODILLA ESTABLE. SE INMOVILIZA CON VENDAJE DE ALGODON Y VENDAJE ELASTICO. SE DA SALIDA CON IBUPROFEN Y CONTROL CE ORTOPEDIA EN 15 DIAS

<< REGISTRO: 11:23:09 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDAICONES GENERALES,

PLAN/CONDUCTA

** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LCOAL X 3 DIAS EN RODILLA DERECHA
CONTROL EN 15 DIAS CON ORTOPEDIA, DR GARCIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1023875130

ADMISION N_: 56438

NOMBRE: AREVALO GONZALEZ LILIANA ANDREA Num. Id-: CC 1023875130

FECHA NACIMIENTO: 87.11.10 EDAD: 30 A SEXO:F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.09.01 11:23

DIRECCION: CLL 55 NO 8 33 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3144671919

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

<< REGISTRO: 11:23:15 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.09.01-11:23:12 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 18.09.01 HORA DE EGRESO: 11:23:12 DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:
VIVO

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7.726.132 R.M 358

Dr. ANYELO TOVAR
Registro Medico: 3329-07

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12678

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-12352	NEIVA,10-Oct-2018	10:40:57
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.11.09

NTRATO/PLAN		**REGIMEN**	**Observaciones:**
)1	01 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE: VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL DANIEL

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7719740	VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL DANIEL	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL DANIEL**	AT1324141371075	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 OCT 2018
Sonaya

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	**Sub_total**	**Total a Pagar**
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÉN

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17966

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: CC [X] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [X] Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio: Ambulancia Basica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No.: NVV 145

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: CC [X] C.E. [ ] P.A. [ ] T.I. [ ] R.C. [ ] A.S. [ ] M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	72197790	Anol	DANIEL	VELASQUEZ	SEPULVEDA
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cra 10 Calle 12 Sur Zona U [X] R [ ]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 15 08 2018 A las 15 09

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fracturas Ortopedia

NIT 800 110 181-9 Código de habilitación 410010046601

Dirección: Calle 18 -6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la informacion contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTERIOR

SALUDLASER S.A.

NIT 900.324.272-2

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE O DE LA PERSONA NATURAL QUE PRESTO EL TRANSPORTE

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

803

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17950

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

FECHA: AÑO 18 MES 08 DIA 15

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO JLY71E

No. DE POLIZA 132414137075

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Wilson Diaz Mosquera C.C. 1075211746 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 10 Calle 12 Sur HASTA: Clinica Fuclova Ortop.

14135

TIPO DE TRANSPORTE:

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV 141

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Daniel Duniel Velasquez Sepulveda IDENTIFICADO CON C.C. No. 77147 40 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

S.A.S. NIT. 900.324.272-2 HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA 30418

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
15 Agos 2018	14:33	14:41	15:02	15:09	R X N V B

No. HISTORIA CLINICA

Velasquez (1er apellido) Sepulveda (2do apellido) Arnol daniel (Nombres) 77197 40

FECHA NA/TO 10 Jun 1984 SEXO M X F C.C. X T.I. R.C. PAS. C.E. NUMERO 77197 40 EDAD

RESIDENCIA ACTUAL Direccion: Cra 29 BN 22-103 Barrio: Limonar Municipio: Neiva
Departamento: Huila Pais: Colombia Telefono 3133885820

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN Cra 10 Cll 25 Sur — Residencia, Via publica X, Comercio, Trabajo, Otros, Cual:

ASEGURADORA RESPONSABLE Previsora POLIZA No. 14137107-5 EPS-C Medimas EPS-S Placa: JLY71E

Estudiantil, Prepagada, Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- X Accidente Tránsito
- Accidente Laboral
- Accidente Comun
- Terrorismo
- Lesion por agresión
- Enfermedad General
- Catástrofe
- Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS Paciente masculino que iba como conductor de moto que colisiona con un motocarro.

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: No

Ultimo Alimento: horas Embarazo X

Cirugias: NO

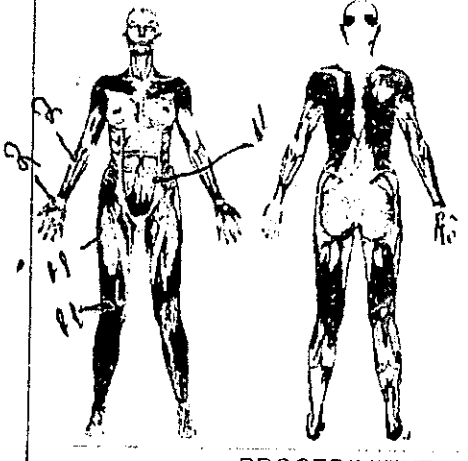
EXAMEN FISICO TA 110/60 FC 85X FR 21X T 36,6° NEUROLÓGICO PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M: (6) Ordenes 5 Localiza 4 Retira 3 Flexión anormal 2 Extension 1 No hay

R.V: (5) Orientada 4 Confusa 3 Inapropiada 2 Incomprensible 1 No hay

A.O: (4) Espontánea 3 Al llamado 2 Al dolor 1 No hay

TOTAL 15/15



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
(4)	3	2	1	0	
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
(4)	3	2	1	0	
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
(4)	3	2	1	0	

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trauma cadera y pierna rodilla derecha + Abrasión antebrazo y mano derecha.

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega Vivo X Muerto

Firma del Paciente

Tipo unidad TAM TAB X

OBSERVACIONES NNN195

Nombre del Medico: Nombre Auxiliar: Brayan Ortiz Nombre Conductor: Yeison Diaz

9

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 15/08/18 HORA 14:35

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Arnol Daniel Velasquez

IDENTIFICACION 77197 40

DIRECCIÓN Cra 39 N22-102 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3133885820

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa SLY 71E

Poliza No. 14137107-5 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba como conductor de moto que colisiona con un moto carro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Moto - Moto carro

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

arnol Daniel Velazquez
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 77.19740

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C



PREVISORA

CLASE VEHICULO	MOTOCICLETA
SERVICIO	PARTICULAR
CILINDRAJE/VATIOS	99
MODELO	2017
PLACA No.	JLY71E
MARCA	BAJAJ
LINEA VEHICULO	BOXER CT 100
No. MOTOR	DUZWGH26974
No. CHASIS o No. SERIE	9FLA18AZ9HCC87587
No. VIN	9FLA18AZ9HCC87587
PASAJEROS	2
CAPACIDAD TON.	0.00
TARIFA	
PRIMA SOAT	$ 223900
CONTRIBUCION FOSYGA	$ 111950
TASA RUNT	$ 1800
TOTAL A PAGAR	$ 337650

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 03 DIA 31 — VIGENCIA DESDE: AÑO 2018 MES 04 DIA 01 — HASTA LAS 24 HORAS: AÑO 2019 MES 03 DIA 31

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MOTEALEGRE SEPULVEDA CRISTIAN ANDRES — TELEFONO TOMADOR: 3203707298

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075275432 — COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13 — CLAVE PRODUCTOR: 1363 — CIUDAD EXPEDICION: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CARRERA 39A NO 22 60 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

RENOVACION POLIZA No.: AT1324 — 1308004152652000 — 4141371075

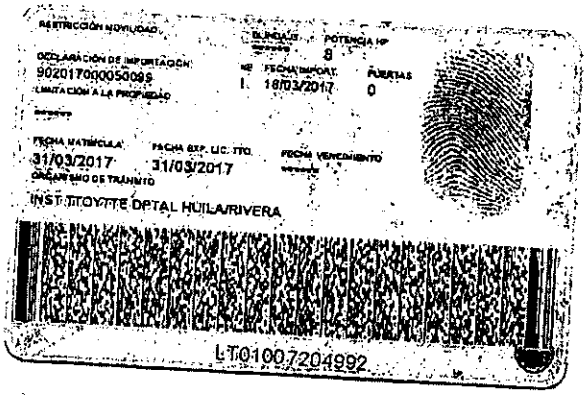
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS — B. INCAPACIDAD PERMANENTE — C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

SALARIOS MINIMOS

14137107 5

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-S



RESTRICCION MOVILIDAD: — CILINDRAJE: — POTENCIA HP: 9

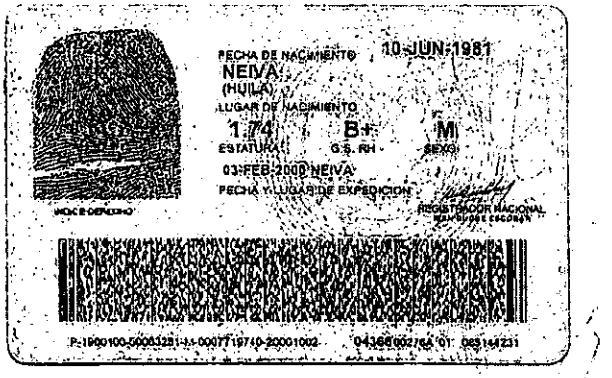
DECLARACION DE IMPORTACION: 902017000050099 — No. 1 — FECHA MATRICULA: 18/03/2017 — PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD:

FECHA MATRICULA: 31/03/2017 — FECHA EXP. LIC. TTO.: 31/03/2017 — FECHA VENCIMIENTO:

ORGANISMO DE TRANSITO: INSTITUTO DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007204992



FECHA DE NACIMIENTO: 10-JUN-1981

NEIVA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA: 1.74 — G.S. RH: B+ — SEXO: M

03-FEB-2000 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P:1900100-50003251-1-00077197A0-20001002 04368002/5A 01 083144231

PREVISORA

PÓLIZA DE SEGUROS DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2018 MES 03 DÍA 31

DESDE LAS 24 HORAS: AÑO 2018 MES 04 DÍA 01

HASTA LAS 24 HORAS: AÑO 2019 MES 03 DÍA 31

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MOTEALEGRE SEPULVEDA CRISTIAN ANDRES

TELÉFONO TOMADOR: 3203707298

TIPO DE DOC. IDENTIF. DEL TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075275432

COD. SUCURSAL EXPEDIDORA NO.: 13

CLASE FACTURAS: 1363

CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CARRERA 39A NO 22 60

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

RENOVACIÓN POLIZA No.:

6141371075

AT 1324 1308004152652000

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE / KATIOS: 99

MODELO: 2017

PLACA No.: JLY71E

MARCA: BAJAJ

LÍNEA VEHÍCULO: BOXER CT 100

No. MOTOR: DUZWGH26974

No. CHASIS o No. SERIE: 9FLA18AZ9HCC87587

No. VIN: 9FLA18AZ9HCC87587

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON.: 0.00

TARIFA: 111

PRIMA SOAT: $ 223900

CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 111950

IVA PRIMA: $ 1800

TOTAL A PAGAR: $ 337650

A. GASTOS JURÍDICOS QUIRÚRGICOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE HERIDOS

SEGUROS

14137107 5

SALARIOS MÍNIMOS

FIRMA AUTORIZADA Y/O F.A.

FORMA SOA-002

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013713180

PLACA: JLY71E
MARCA: BAJAJ
LÍNEA: BOXER CT 100
MODELO: 2017
CILINDRADA CC: 99
COLOR: NEGRO NEBULOSA
SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERÍA: S/N CARROCERIA
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD KG/PS: 2
NÚMERO DE MOTOR: DUZWGH26974
REG: N
VIN: 9FLA18AZ9HCC87587
NÚMERO DE SERIE: 9FLA18AZ9HCC87587
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9FLA18AZ9HCC87587
REG: N
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: ARANGO ROIZ GERMAN MAURICIO
IDENTIFICACIÓN: C.C. 7730839

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 7719740
VELASQUEZ SEPULVEDA
APELLIDOS
ARNOL DANIEL
NOMBRES
FIRMA



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7719740

ADMISION N_: 55425

NOMBRE: VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL DANIEL Num. Id-: CC 7719740

FECHA NACIMIENTO: 81.06.10 EDAD: 37 A SEXO:M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.15 HORA DE INGRESO: 15:20 Fecha/Hora de registro: 18.08.15 15:29

DIRECCION: CR 39B NO 22 102 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3133885820

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.08.15

<< REGISTRO: 15:29:07 >> (DR(A). YGL - YEISON GUMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDCUTOR DE LA MOTO DE PLACAS JLY71E QUE AL COLISIONAR CON OTYRA MOTO CAE SUFRIENDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ALGICO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULACIA, DONDE PERSONAL DE AMBULACIA REFIERE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO COMO CONDUCTOR AL COLISIONAR CON OTRA MOTO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEOA TRAUMA CRANEAL, ALTERACION DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS. PACIENTE REFIERE DOLOR EN HOMBRO Y CADERA DERECHA. DOLOR EN 5 DEDO MANO IZQUIERDA.

ANTECEDENTES

--><<18.08.16-10:57:34>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 55498

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 15 DE AGOSTO DEL 2018

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 110/70 FC: 76 FR: 18 Tmp: 36.7 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigumdo sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades. ABRASIONES EN ANTEBRAZO DERECHO, DOLOR A LA MOVILIZACION PASIVA Y PALPACION EN HOMBRO DERECHO Y CADERA DERECHA. 5 DEDO DE MANO IZQUIERDA CON LIGERA TUMEFACCION.

NEUROLOGICO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7719740

ADMISION N_: 55425

NOMBRE: VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL DANIEL Num. Id-: CC 7719740

FECHA NACIMIENTO: 81.06.10 EDAD: 37 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.15 HORA DE INGRESO: 15:20 Fecha/Hora de registro: 18.08.15 15:29

DIRECCION: CR 39B NO 22 102 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3133885820

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S707 - TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S608 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE CADERA DERECHA
RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S707 - TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S608 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 15:30:15 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7719740

ADMISION N_: 55425

NOMBRE: VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL DANIEL **Num. Id-:** CC 7719740

FECHA NACIMIENTO: 81.06.10 **EDAD:** 37 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.15 15:30

DIRECCION: CR 39B NO 22 102 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3133885820

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

<< REGISTRO: 18:11:22 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

REPORTE DE IMAGENES DIAGNOSTICAS.

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.
RADIOGRAFIA DE CADERA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.
RADIOGRAFIA DE DE MANO IZQUIERDA: SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS.

<< REGISTRO: 18:17:33 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

PACIENTE REFIERE SENTIRSE MEJOR, TOLERANDO LA VIA ORAL, SIN LIMITACION FUNCIONAL PARA LA MARCHA, LEVE DOLOR EN 5 ARTEJO MANO IZQUIERDA.
OBJETIVO: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES TA 120/80 FC 72 FR 17 SAO2 99%.
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS NOMOCROMICAS. CUELLO SIMETRICO SIN SIGNOS DE TRAUMA, NO SOPLOS NI ADENOPATIAS.
TORAX: SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. NO DOLOR A LA PALPACION COSTAL.
ABDOMEN: SIMETRICO, BLANDO SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS.
EXTREMIDADES: SUPERIORES: ABRASIONES EN ANTEBRAZO DERECHO, 5 ARTEJO MANO IZQUIERDA CON LEVE TUMEFACCION Y DLOR A LA PALPACION. CON LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES, SENSIBILIDAD CONSERVADA. INFERIORES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, NO DEFOMIRDAD, NO LIMITACION FUNCIONAL, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, ARTEJOS MOVILES, SENSIBILIDAD CONSERVADA.
DORSAL: NO SIGNOS DE TRAUMA, NO DOLOR A LA PALPACION.
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SENSIBILIDAD CONSERVADA.

ANALISIS: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, EN MANEJO ANALGESICO, CON ADECUADA EVOLUCION, SE DECIDE DAR EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE MANIFIESTA ENTENDER Y ACEPTA.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7719740

ADMISION N_: 55425

NOMBRE: VELASQUEZ SEPULVEDA ARNOL DANIEL **Num. Id-:** CC 7719740

FECHA NACIMIENTO: 81.06.10 **EDAD:** 37 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.15 18:17

DIRECCION: CR 39B NO 22 102 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3133885820

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

IBUPROFENO 400MG VO CADA 8 HORAS
VALORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA
INCAPACIDAD
RECOMENDACIONES
SIGNOS DE ALARMA

<< REGISTRO: 18:22:07 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

WINADEINE (ACETAMINOFEN + CODEINA) TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS.

** OTROS:

CONSULTAR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA EL AREA AFECTADA SIGNOS DE INFECCION (CALOR, AUMENTO DEL DOLOR, ENROJECIMIENTO, TUMEFACCION Y/O FIEBRE), ENTUMECIMIENTO, SANGRADO, ALTERACION EN MOVILIDAD Y SENSIBILIDAD, DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYO, VOMITOS, ALTERACION BUSCA EN LA VISION, DOLOR DE CABEZA QUE NO CEDA CON ANALGESIA FORMULADA.

** ORDENES MEDICAS:

CONSULTA PRIORITARIA CON ORTOPEDIA EL DIA 16/08/2018 CON EL DR. FRANCISCO GARCIA A LAS 11+00AM

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.08.15-18:20:54 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DOS (2) DIAS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 1 TABLETA CADA 8 HORAS

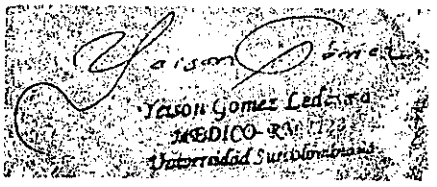
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.08.15 **HORA DE EGRESO:** 18:20:54 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 2 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. YEISON GOMEZ LEDESMA
Registro Medico: 7128

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12679

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-12353	NEIVA,10-Oct-2018	10:45:00
RECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.11.09
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: VILLANUEVA LUGO JAIRO		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: VILLANUEVA LUGO JAIRO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
12186506	VILLANUEVA LUGO JAIRO	**Direccion:** Ÿ		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: VILLANUEVA LUGO JAIRO	AT1324138310605	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 OCT 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

SALUDLASER S.A.
NIT
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

14

Soldoser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18308

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG | | RG

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI (X) — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica (X) — Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No. NUU195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. (X) | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	C.C.	12188...	[illegible]		[illegible]	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito (X) — Evento Catastrofico ( ) — Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: [illegible] — Zona U (X) R ( )

Departamento: [illegible] — Cod. [illegible]

Municipio: [illegible] — Cod. [illegible]

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: D D M M A A A A — A las: H H M M

Nombre IPS que atendió la victima: [illegible]

NIT: [illegible] — Código de habilitación: [illegible]

Dirección: [illegible]

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: [illegible]

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República, de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas aquí relacionadas.

Edgar Andres Obando B.
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
SST 533-2017
R.M. 665-2012 - Rep. SUI

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Edgar Andres Obando B.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
SST 533-2017
R.M. 665-2012 - Rep. SUI

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

816

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18212

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 08 DIA 10

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO MEK 66

No. DE POLIZA 1324138310605

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Luis Carlos Valbuena C.C. 4071049731 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cra 52 con dic 9 HASTA: clinica de fracturas emperatriz

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. KUU195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Jairo Valbuena

1090 IDENTIFICADO CON C.C. No. 12188 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Solutlaser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA — 31471

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
26/Agos/2018	09:20	09:26	10:00	10:06	R X N V B

Villanueva (1er apellido) Cuao (2do apellido) Jairo (Nombres)

No. HISTORIA CLINICA: 12188506

FECHA NACTO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
04 Jun 1961	M X F	T.I.	C.E.		12188506	Años

RESIDENCIA ACTUAL
Direccion: Cll 19BN 50-60 — Barrio: Pastrana — Municipio: Neiva
Departamento: Huila — Pais: Colombia — Telefono 3157631894

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN
Cra 52 Cll 18

Residencia		Trabajo		ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No 3831060-5	Estudiantil	
Via publica	X	Otros		Pulsara	EPS-C Nueva EPS	Prepagada	
Comercio		Cual:		Placa: MER66	EPS-S	Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

X	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catàstrofe
	Accidente Laboral		Lesion por agresiòn		Otro
	Accidente Comun		Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino que iba como conductor de moto que pierde el control de la moto en una curva por arena en la via.

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patalògicos: No

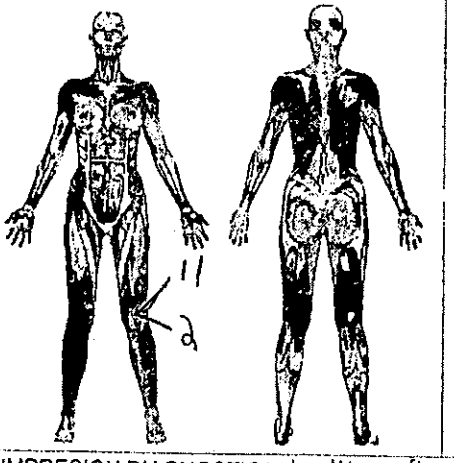
Ultimo Alimento: horas — Embarazo: Si — X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO — TA: 100/60 — FC: 86 — FR: 21 — T: 37,6°

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE
Consciente, Orientado, alerta, afebril.

RESPIRA SI X NO — PULSO SI X NO



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiraciòn		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenaciòn		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilaciòn		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trauma y abrasion en rodilla izquierda.

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega — Vivo X — Muerto — R.M. 66512012 · Res. SST 533 2017

Edgar Andres Olmedo
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Firma del Paciente

Tipo unidad: TAM — TAB X

OBSERVACIONES: NUU195

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Brayan Ortiz

Nombre Conductor: Luis Valbuena

9

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 26/08/16 HORA 07:20

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jaira villanueva Lugo
IDENTIFICACION 12188506
DIRECCIÓN Cll19BN 50-16 TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR 3157631897

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa MGR 66
Poliza No. 13831060-5 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba como conductor de moto que pierde el control de la moto en una curva por arena en la vía

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: No hay

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Jaira Villanueva Lugo
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

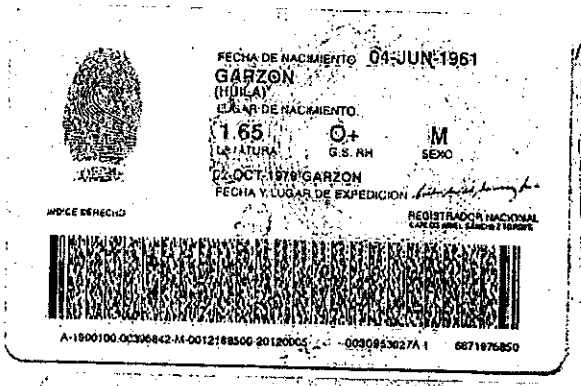
C.C 12.188506

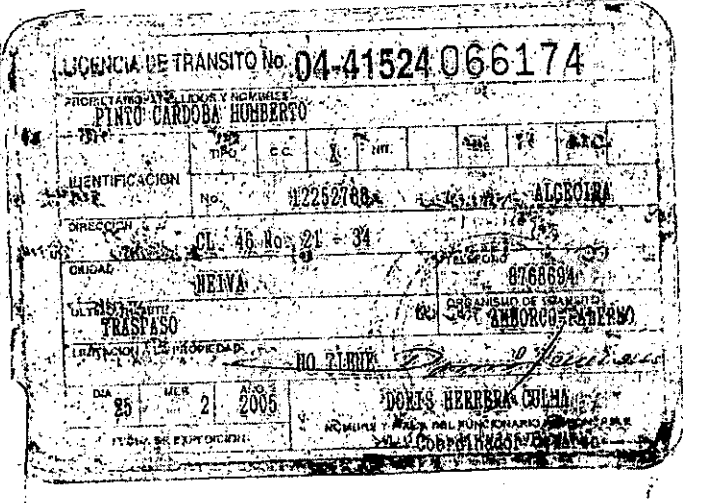
NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

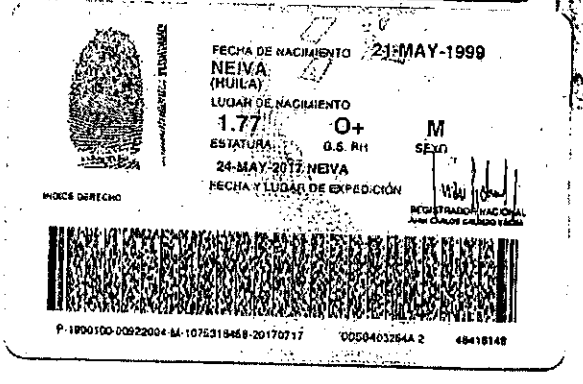
C.C

8


PREVISORA
2017 12 01
DEL
2017 12 02
2018 12 01
VILLANUEVA LUGO JAIRO
3157631897
CC 12188506
CALLE 19 B 50 10
NEIVA
AT 132
4138316505
13029004127131000
MOTOCICLETA
PARTICULAR
1993
MER66
HONDA
C70E
C70E2112832
2112832
203100
101550
1800
308450
13831060 5
FORMA SOA-002-5


FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1961
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
04-OCT-1979 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1900100-00306842-M-0012188500-20120005
0030953027A 1
6871975850


LICENCIA DE TRANSITO No. 04-41524066174
PINTO CARDOBA HUMBERTO
IDENTIFICACION
No. 12252788
ALGECIRA
DIRECCION
CL 46 No 21 - 34
NEIVA
9768694
TRASPASO
AMORCO CADENA
NO TIENE
25
2
2005
DORIS HERRERA CULMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1999
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
24-MAY-2017 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-1900100-00922004-M-1075319468-20170717
0050403264A 2
48416148


PREVISORA

VIGENCIA

2017 12 01 DEL 2017 12 02 DEL 2018 12 01

VILLANUEVA LUGO JAIRO

CC 12188506

CALLE 19 B 50 10

NEIVA

AT1324

13831060 5

CLASE VEHICULO MOTOCICLETA

MARCA HONDA

LINEA C-70 E

MODELO 1993

SERVICIO PARTICULAR

CILINDRAJE / VATIOS 70

PASAJEROS 2

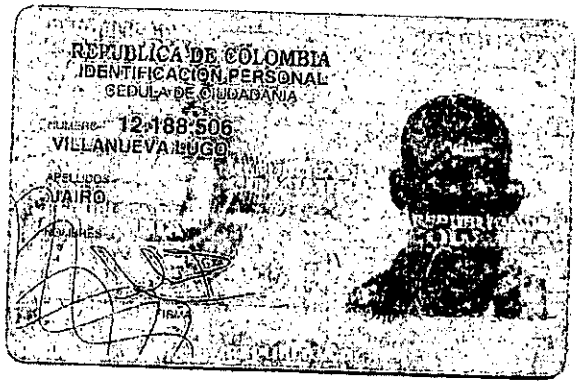
PRIMA SOAT $ 203100

CONTRIBUCION FOSYGA $ 101550

TASA RUNT $ 1800

TOTAL A PAGAR $ 306450

FORMA SOA-003-5

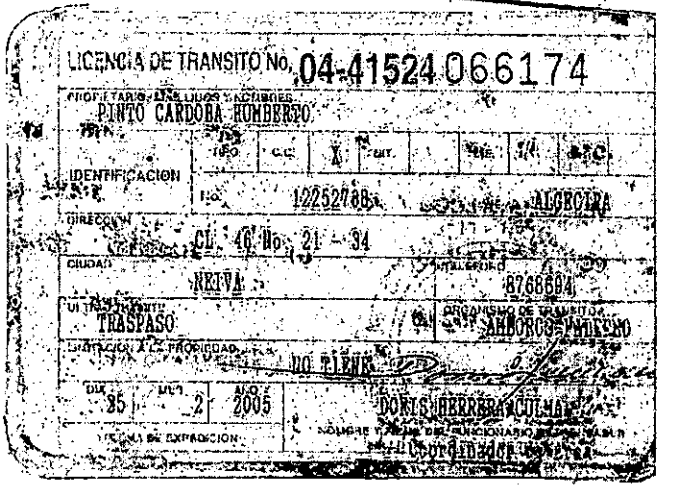

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.188.506
VILLANUEVA LUGO

APELLIDOS
JAIRO

NOMBRES

FIRMA


LICENCIA DE TRANSITO No. 04-41524066174

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES
PINTO CARDOBA HUMBERTO

IDENTIFICACION C.C. X 12252788 ALCERCIRA

DIRECCION CL 46 No 21 - 34 TELEFONO 8766684

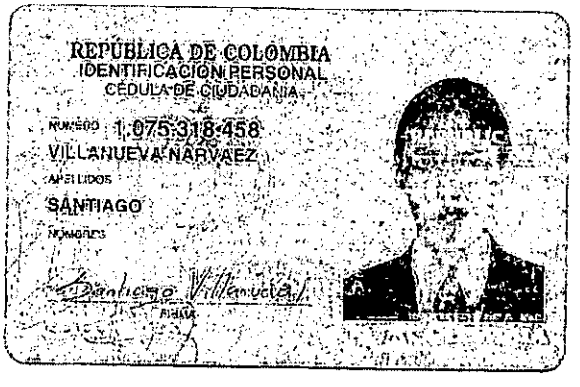
CIUDAD NEIVA

TRASPASO

ORGANISMO DE TRANSITO AHORCO-HUILENO

DIA 25 MES 2 AÑO 2005

DORIS HERRERA COLMA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.318.458
VILLANUEVA NARVAEZ

APELLIDOS
SANTIAGO

NOMBRES

Santiago Villanueva

FIRMA

6

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: 2017 12 01
VIGENCIA DESDE: 2017 12 02
VIGENCIA HASTA: 2018 12 01

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: VILLANUEVA LUGO JAIRO
TELEFONO TOMADOR: 3157631897
TIPO DE IDENTIDAD: CC
NO. DOCUMENTO TOMADOR: 12188506
COD. SUCURSAL EXPEDICION: 13
CLASE PRODUCTOR: 2252
CIUDAD RESIDENCIA: NEIVA
DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 19 B 50 10
CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA
REEMPLAZA POLIZA No.: AT 1324
4138310505
13830412713100O

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA
SERVICIO: PARTICULAR
CILINDRAJE / PATIOS: 70
MODELO: 1993
PLACA No.: MER66
MARCA: HONDA
LINEA / No. SERIE: C 70 E
No. MOTOR: C70E2112832
No. CHASIS / VIN: 2112832
PASAJEROS: 2
CAPACIDAD TON.: 0.00
TARIFA: 111
PRIMA SOAT: $ 203100
CONTRIBUCION FOSYGA: $ 101550
TASA RUNT: $ 1800
TOTAL A PAGAR: $ 306450
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 3638873
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS
1800
780
7.80
COMERCIO
PARTICULAR
13831060 5
LLAME GRATIS AL 01 8000 91 2454
FORMA SOA-002-5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 12.188.506
VILLANUEVA LUGO
APELLIDOS
JAIRO
NOMBRES
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.075.318.458
VILLANUEVA NARVAEZ
APELLIDOS
SANTIAGO
NOMBRES
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE
DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO
TERRESTRE AUTOMOTOR
LICENCIA DE TRANSITO No. 066174

PLACA UNICA: MER66
MARCA: HONDA
LINEA: C-70E
CILINDRAJE: 70
POTENCIA: 1993
MODELO
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA
COLOR(ES): AZUL
SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE CARROCERIA: TURISMO
No. DE PUERTAS: 0
No. DE MOTOR: C70E-2112832
No. SERIE: XXXXXXX
CAP. TON / PASAJ.
PESO UNICO VEHICULAR
No. DE CHASIS: 2112832
0
DISTANCIA ENTRE EJES: 0.00
VOLADIZO POSTERIOR: 0.00
No. EJES: 2
ANCHO (m): 0.00
ALTO (m)
LARGO (m): 0.00
NUEVO
DUPLICADO
No.: 04220
CIUDAD: CALI
DIA: 21
MES: 11
AÑO: 1992
OBSERVACIONES: MATRICULA PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTABLECIDO EN EL CONTRATO NACIONAL DE PESOS DIMENSIONES Y SIMILARES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12188506

ADMISION N_: 56071

NOMBRE: VILLANUEVA LUGO JAIRO **Num. Id-:** CC 12188506

FECHA NACIMIENTO: 61.06.04 **EDAD:** 57 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.26 **HORA DE INGRESO:** 10:38 **Fecha/Hora de registro:** 18.08.26 10:40

DIRECCION: CALL 19B NO. 50 - 10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3157631897

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.08.26

<< REGISTRO: 10.40:00 >> (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS MER66 QUE AL COGER UNA CURVA SE RONSEAN EN UN ARENAL SUFRIENDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ALLERTA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE TRAIDO POR AMBULANCIA , VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO , EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO, CAUSANDOLE POLITRAUMATISMOS, AL PARECER SIN ALTERACION DE LA CONCIENCIA, RECUERDA LOS HECHOS

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 114/74 FC: 78 FR: 18 Tmp: 36 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroslso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades , ABRASIONES Y DOLOR EN RODILLA IZQ, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12188506

ADMISION N_: 56071

NOMBRE: VILLANUEVA LUGO JAIRO **Num. Id-:** CC 12188506
FECHA NACIMIENTO: 61.06.04 **EDAD:** 57 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18.08.26 **HORA DE INGRESO:** 10:38 **Fecha/Hora de registro:** 18.08.26 10:40
DIRECCION: CALL 19B NO. 50 - 10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3157631897
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

PLAN/CONDUCTA
ANALGESIA CURACIONES TOMA DE RX

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 APLICAR IM

-EN SALA DE CURACIONES: REALIZAR CURACION DE ABRASIONES CON TECNICA ASEPTICA.
-ADMINISTRAR ANALGESIA INDICADA
-PASAR A SALA DE RAYOS X PARA TOMA DE IMAGENES
-REVALORAR CON RESULTADOS

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 11:17:19 >> (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

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

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS
RX RODILLA IZQ NORMAL

<< REGISTRO: 11:17:31 >> (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12188506

ADMISION N_: 56071

NOMBRE: VILLANUEVA LUGO JAIRO Num. Id-: CC 12188506
FECHA NACIMIENTO: 61.06.04 EDAD: 57 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.08.26 11:17
DIRECCION: CALL 19B NO. 50 - 10 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3157631897
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

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

EVOLUCION

ANALISIS-EGRESO
PACIENTE REVALORADO, EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICAMENTE, NO DISNEA, NO COMPROMISO HEMODINAMICO NI NEUROLOGICO CENTRAL, EXTREMIDADES MOVILES, NO SIGNOS DE TRAUMA INTERNO EN TORAX O ABDOMEN, DEAMBULA SOLO, RX TOMADAS SIN ALTERACIONES OSTEOARTICULARES AGUOAS, POR LO CUAL SE INDICA EGRESO CON TTO MEDICO AMBULATORIO, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

<< REGISTRO: 11:17:50 >> (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

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

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 2 TABLETAS CADA 8 HORAS

<< REGISTRO: 11:18:32 >> (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** OTROS:

RECOMENDACIONES GENERALES—CURACIONES DIARIAS EN CASA CON ISODINE-REALIZAR TOQUES EN LAS HERIDAS CON MERCURIO CROMO—APLICAR HIELO LOCAL POR 10 MINUTOS CADA 8 HORAS EN AREAS DOLOROSAS— CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA EN UNA SEMANA (PEDIR CITA CON ANTELACION)

** OTROS:

SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS:— ENROJECIMIENTO Y CALOR DE LAS HERIDAS— SALIDA DE PUS DE LAS

2

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

12188506

ADMISION N_: 56071

NOMBRE: VILLANUEVA LUGO JAIRO **Num. Id-:** CC 12188506
FECHA NACIMIENTO: 61.06.04 **EDAD:** 57 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.26 11:18
DIRECCION: CALL 19B NO. 50 - 10 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3157631897
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

HERIDAS--- DOLOR INTENSO QUE NO MEJORE CON ANALGESICOS--- LIMITACION FUNCIONAL IMPORTANTE--FIEBRE ALTA

<< REGISTRO: 11:18:45 >> (DR(A). EAO - EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO - C.C. 1075218065 - REG. MEDICO: 41665-12 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.08.26-11.18:34 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: TRES (3) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**
FECHA DE EGRESO: 18.08.26 **HORA DE EGRESO:** 11:18:34 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 3 DIAS
ESTADO A LA SALIDA:
VIVO

Edgar Andres Obando B.

Dr. EDGAR ANDRES OBANDO BRAVO
Registro Medico: 41665-12

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12680

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-12354	NEIVA,10-Oct-2018	10:46:23
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.11.09
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: PEÑALOSA DUARTE ANDREA		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: PEÑALOSA DUARTE ANDREA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075296402	PEÑALOSA DUARTE ANDREA	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: PEÑALOSA DUARTE ANDREA	AT1324143667252	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 OCT 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

13

Soldiaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18112

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 12359

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT X | Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica X | Ambulancia Medicada

Vehículo Placa No.: NVV-195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075296402	ANDREA		PEÑALOZA	DUARTE
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito X | Evento Catastrofico | Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cll 1.6 FRT # 30 A - 23 Zona U X | R

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 2 6 M 0 5 A 0 8 A las: 7 H 1 6

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica de fractura y ortopedia

NIT: 800 110 181-9 Código de habilitación: 4 100 100 466 01

Dirección: cll 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT. 900.324.272-2

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA QUE REALIZO EL TRANSPORTE

FRANCISCO DUARTE VARGAS REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

10

829

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18033

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 08 DIA 25

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO DMZ12B

No. DE POLIZA 13241436672752

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Harold Mauricio Quesada Niño C.C. 1075250395 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cll 1 G Frt # 30A - 23 HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia
19:45

TIPO DE TRANSPORTE:

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUV - 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Nadia Pinaloza Duarte IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075296402 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA — 31468

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
25/Ago/2018	19:45	19:52	20:10	20:16	R A N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Peñaloza	Duarte	Andrea	1075296402

FECHA NACTO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
23/May/1993	M ☐ F ☒	T.I. ☐	C.E. ☐		1075296402	

RESIDENCIA ACTUAL				
Direccion: Cra 38 #9de22	Barrio: las cristalinas	Municipio: Neiva		
Departamento: Huila	Pais: Colombia	Telefono 3183390779		

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN					ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No.	
Cll 9 Ft #3A-23	Residencia ☐	Trabajo ☐					Estudiantil ☐
	Via publica ☒	Otros ☐	Previsora		EPS-C ☐	143667252	Prepagada ☐
	Comercio ☐	Cual:	Placa: SMZ 12B		EPS-S ☐		Vinculado ☐

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO						
☒	Accidente Tránsito	☐	Terrorismo	☐	Catástrofe	
☐	Accidente Laboral	☐	Lesion por agresión	☐	Otro	
☐	Accidente Comun	☐	Enfermedad General			

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina que iba como conductora de moto que colisiona con un carro.

Alergias: No

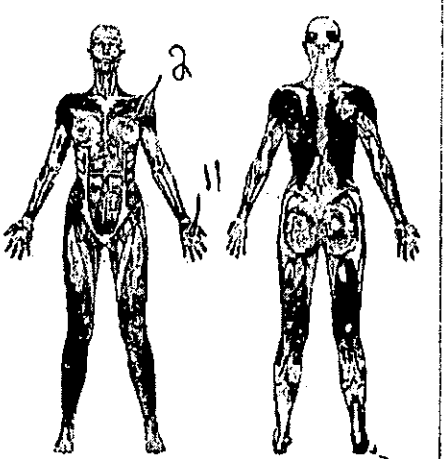
Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

Ultimo Alimento: horas | Embarazo SI ☐ NO ☒

Cirugias: No

EXAMEN FISICO | TA: 110/60 | FC: 86 x' | FR: 22 x' | T: 36.6°



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE: consciente, orientada, alerta, afebril.

RESPIRA SI ☒ NO ☐ | PULSO SI ☒ NO ☐

PROCEDIMIENTOS

☐	Collar Cervical	☐	RCCP	☒	Monitoreo
☐	Aspiración	☐	Hemostasia	☐	Liquidos I.V.
☐	Oxigenación	☐	Inmovilizacion MsSs	☒	Asepsia
☐	Intubacion	☐	Inmovilizacion Msls	☐	Otro:
☐	Ventilación	☐	Inmovilizacion Total	☐	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Avulsion hombro izq + FX mano derecha

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega | Vivo ☒ | Muerto ☐ | FIRMA

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM ☐ | TAB ☒

OBSERVACIONES: NUV195

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Paulina Murcia

Nombre Conductor: Harold Quiceda

8

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 25/08/18 HORA 19795

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Andrea Peñaloza Duarte

IDENTIFICACION 1075276402

DIRECCIÓN cra 38 BIS N20-22 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3183390779

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca _____ Placa DMZ12B

Poliza No. 14366725-2 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente femenina que iba como conductora de moto que colisiona con un carro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Moto-Carro.

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

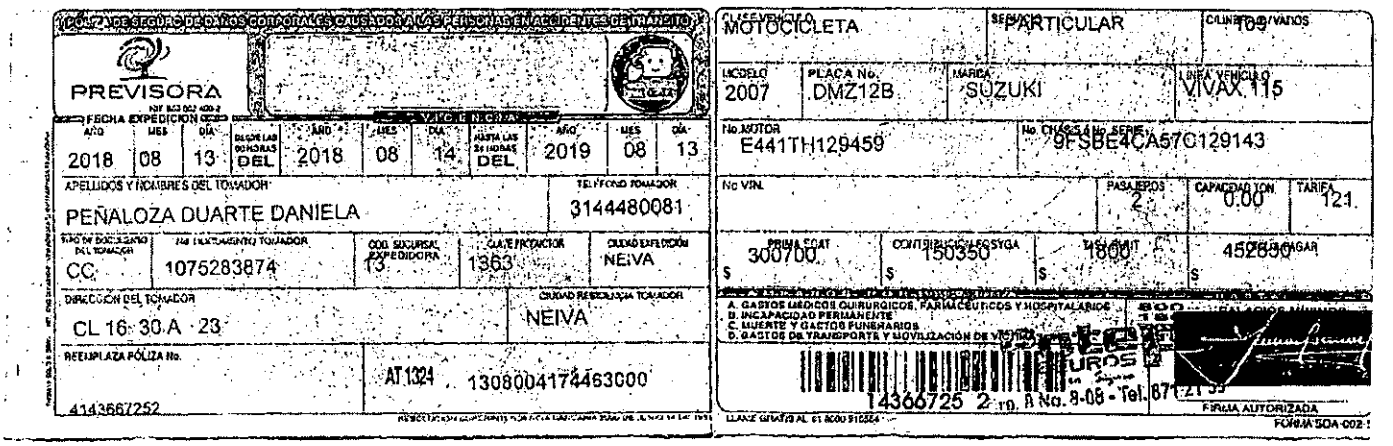
andrea Peñaloza Duarte

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075276402.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C _____



PREVISORA

VIGENCIA DESDE

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 00 HORAS	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DIA
2018	08	13	DEL	2018	08	14	DEL	2019	08	13

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: PEÑALOZA DUARTE DANIELA — TELEFONO TOMADOR: 3144480081

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE TOMADOR	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	1075283874	13	1363	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CL 16 30 A 23 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4143667252 — AT1324 — 1308004174463000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE/VATIOS: 109

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2007	DMZ12B	SUZUKI	VIVAX 115

No MOTOR: E441TH129459 — No CHASIS O No. SERIE: 9FSBE4CA57C129143

No VIN: — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON.: 0.00 — TARIFA: 121

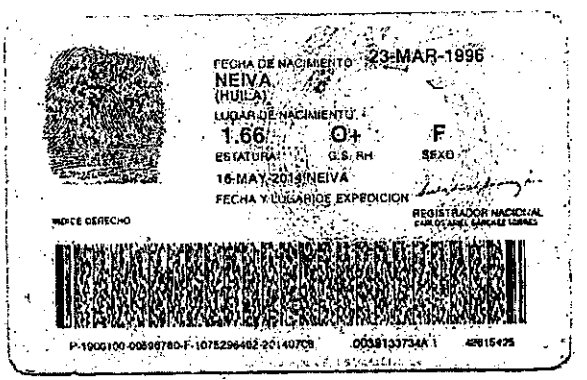
PRIMA COAT	CONTRIBUCION FOSYGA	IVA	RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 15035	$ 1800	$	$ 452535

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

14366725 2 ro. 8 No. 8-08 - Tel. 8712133

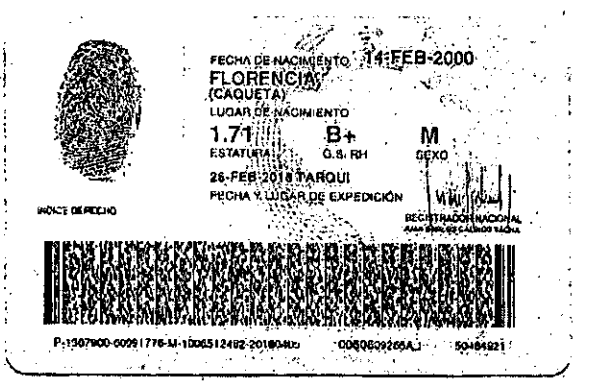
FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002



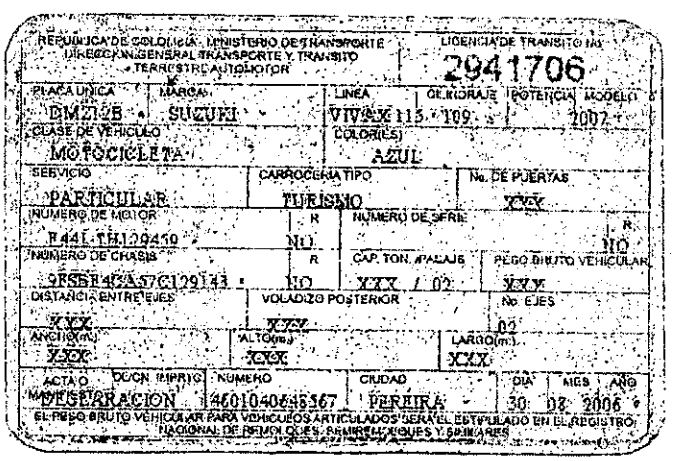
FECHA DE NACIMIENTO: 23-MAR-1996
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 — ESTATURA
O+ — G.S. RH
F — SEXO
16-MAY-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1900100-00899780-F-1075296482-20140709 0038133734A 1 42815425



FECHA DE NACIMIENTO: 14-FEB-2000
FLORENCIA (CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 — ESTATURA
B+ — G.S. RH
M — SEXO
26-FEB-2018 TARQUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

P-1307900-00091776-M-1006512482-20180426 0080609265A 1 50484921



REPUBLICA DE COLOMBIA - MINISTERIO DE TRANSPORTE
DIRECCION GENERAL TRANSPORTE Y TRANSITO
TERRESTRE AUTOMOTOR

LICENCIA DE TRANSITO No. 2941706

PLACA UNICA	MARCA	LINEA	CILINDRAJE	POTENCIA	MODELO
DMZ12B	SUZUKI	VIVAX 115	109		2007

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA — COLOR(ES): AZUL

SERVICIO	CARROCERIA TIPO	No. DE PUERTAS
PARTICULAR	TURISMO	XXX

NUMERO DE MOTOR	R	NUMERO DE SERIE	R
E441TH129459	NO		NO

NUMERO DE CHASIS	R	CAP. TON. /PASAJE	PESO BRUTO VEHICULAR
9FSBE4CA57C129143	NO	XXX / 02	XXX

DISTANCIA ENTRE EJES	VOLADIZO POSTERIOR	No. EJES
XXX	XXX	02

ANCHO(m)	ALTO(m)	LARGO(m)
XXX	XXX	XXX

ACTA O DOCM. IMPRTO	NUMERO	CIUDAD	DIA	MES	AÑO
DESGLOSE	1460104068567	PEREIRA	30	03	2006

EL PESO BRUTO VEHICULAR PARA VEHICULOS ARTICULADOS SERA EL ESTIPULADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE REMOLQUES, SEMIREMOLQUES Y SIMILARES

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 08 DIA 13 | DESDE LAS 00 HORAS DEL: AÑO 2018 MES 08 DIA 14 | HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2019 MES 08 DIA 13

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: PEÑALOZA DUARTE DANIELA — TELEFONO TOMADOR: 3144480081

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075283874 — COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13 — CLAVE PRODUCTO: 1363 — CIUDAD EXPEDICION: NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CL 16 30 A 23 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4143667252 — AT1324 — 1308004174463000

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE: 109

MODELO: 2007 — PLACA No.: DMZ12B — MARCA: SUZUKI — LINEA VEHICULO: VIVAX 115

No. MOTOR: E441TH129459 — No. CHASIS o No. SERIE: 9FSDE4CA57C129143

No. VIN: — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON.: 0.00 — TARIFA: 121

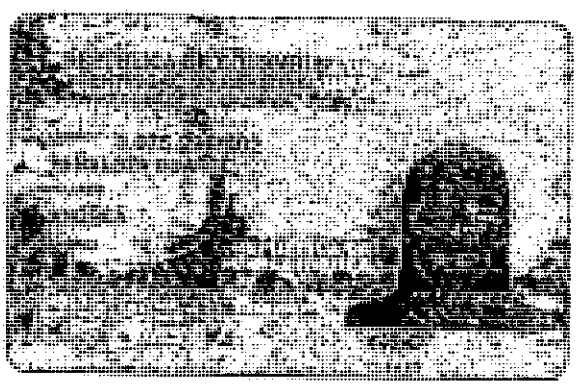
PRIMA SOAT: $ 300700 — CONTRIBUCION FOSYGA: $ 150350 — IVA: $ 48056 — TOTAL: $ 452650

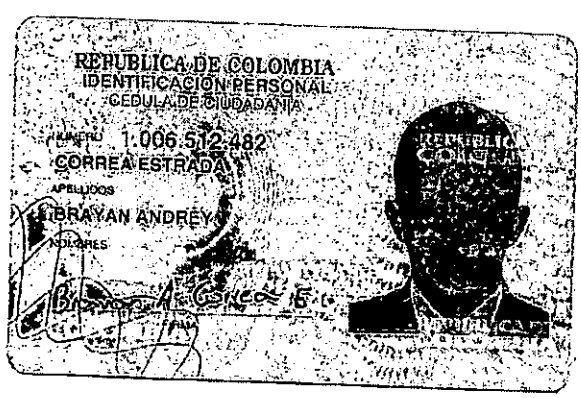
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

14366725 2 ro. 8 No. 8-08 - Tel. 871 21 55

FIRMA AUTORIZADA

LLAME GRATIS AL 01 8000 912554 — FORMA SOA-002





LICENCIA DE TRANSITO No. 08-253[illegible]-254705

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRE: APETALO GONZALEZ DIANA MARCELA

IDENTIFICACION: TIPO C.C. N.I.T. C.E. OTRO — No. C1110457493

DIRECCION: CRA 1 N 7-82 LA POLA — TELEFONO: 2634473

CIUDAD: PLLMA IBAGUE - IBAGUE

ULTIMO TRAMITE: TRASPASO — ORGANISMO DE TRANSITO: CUNDINAMARCA GIRARDOT

LIMITACION A LA PROPIEDAD:

FECHA DE EXPEDICION: DIA 23 MES 04 AÑO 2003

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO AUTORIZADO Y SELLO DE LA OFICINA DE TRANSITO

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075296402

ADMISION N_: 56051

NOMBRE: PEÑALOZA DUARTE ANDREA **Num. Id-:** CC 1075296402

FECHA NACIMIENTO: 96.03.23 **EDAD:** 22 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.25 **HORA DE INGRESO:** 20:44 **Fecha/Hora de registro:** 18.08.25 20:55

DIRECCION: CLL 38B NO 2E 22 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3183390779

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.08.25

<< REGISTRO: 20:55:01 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTO DE PLACAS DMZ12B QUE AL COLISIONAR CON UN CARRO CAEN SUFRIENDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ALGICO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULACIA DE SALUD LASER, DONDE PERSONAL DE AMBULACIA REFIERE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTO COMO CONDUCTOR AL COLISIONAR CON CARRO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, ALTERACION DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS. PACIENTE REFIERE DOLOR EN MUÑECA IZQUIERDA Y HOMBRO IZQUIERDO.

ANTECEDENTES

--><<2018.08.25-20:55:02>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 56051

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: FUM 15/01/2017 PF IMPLANTE SUBDERMICO. LACTANDO

--><<18.08.26-09:05:18>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 56060

ACCIDENTE DE TRANSITO 25-08-2018

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 120/80 FC: 76 FR: 17 Tmp: 36.7 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075296402

ADMISION N_: 56051

NOMBRE: PEÑALOZA DUARTE ANDREA Num. Id-: CC 1075296402
FECHA NACIMIENTO: 96.03.23 EDAD: 22 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: 18.08.25 HORA DE INGRESO: 20:44 Fecha/Hora de registro: 18.08.25 20:55
DIRECCION: CLL 38B NO 2E 22 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3183390779
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

GENITOURINARIO
No verificado

PELVIS
Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades. HOMBRO IZQUIERDO CON ABRASIONES, DOLOR A LA MOVILIDAD Y PALPACION, CON LEVE LIMITACION FUNCIONAL. DOLOR A LA MOVILIDAD DE MUÑECA IZQUIERDA CON LIMITACION FUNCIONAL.

NEUROLOGICO
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

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

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

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

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 20:55:48 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075296402

ADMISION N_: 56051

NOMBRE: PEÑALOZA DUARTE ANDREA **Num. Id-:** CC 1075296402
FECHA NACIMIENTO: 96.03.23 **EDAD:** 22 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.25 20:55
DIRECCION: CLL 38B NO 2E 22 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3183390779
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

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

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

<< REGISTRO: 21:59:30 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

REPORTE DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIA DE MANO IZQUIERDA: FRACTURA DISTAL DE CUBITO.
RADIOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO: SIN EVIDENCIA DE FRACTURA.

<< REGISTRO: 21:59:45 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

SS: VALORACION POR ORTOPEDIA.

2

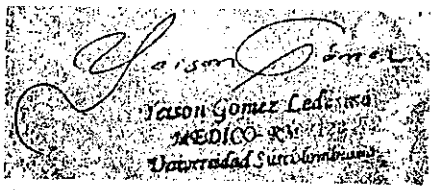
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.08.25 **HORA DE EGRESO:** 23:02:13 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. YEISON GOMEZ LEDESMA
Registro Medico: 7128

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12688

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
A PREVISORA S.A.			EVENTO	1-12362	NEIVA,10-Oct-2018	11:03:12
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.11.09
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**	
01	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075315740	OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE**	AT1324138230532	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017

12 OCT 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n de Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
NT Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

SALUDLASER S.A.
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldiaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17689

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 12362

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT [X] Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NUV 195

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: CC | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S | M.S

Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC 1075271524	Daniel	Felipe	Otalora	Rodriguez
2					
3					
4					

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Calle 21 cra 9 Zona [X] R [ ]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 10 05 08 A las 19:57

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fracturas Ortopedica

NIT 800110131-9 Código de habilitación 4100100466 01

Dirección: Calle 18-6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Diana Alexandra A.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diana Alexandra A.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1081419527

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A.

NIT 900 324 272-2

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE PRESTO EL SERVICIO

Total folios [ ]

841

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17906

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	08	05

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: OPM 59E

No. DE POLIZA: 1324138230632

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): William andres Ramos C.C. 1075235957 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Calle 21 Cra 9 B/ Chapinero HASTA: Clinica Fracturas Ortope. 19416

TIPO DE TRANSPORTE:

[x] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV 195

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Daniel Felipe Otalora Rodriguez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075313740 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL: SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A.S. NIT. 900.324.272-2 FRANCISCO ANDRES HOJAS REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA — 31087

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
05 Ago 2018	19:16	19:22	19:50	19:57	R [X] N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Otalora	Rodriguez	daniel felipe	1075315740

FECHA NACTO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
03 ene 1999	M [X] F [ ]	T.I. [X]	C.E. [ ]		1075315740	Años / Meses / Días

RESIDENCIA ACTUAL					
Direccion: Cll 19N38	Barrio: la arboleda	Municipio: Neiva			
Departamento: Huila	Pais: Colombia	Telefono 3108037104			

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No		
Cll 21 Cra 9	Residencia [ ]	Trabajo [ ]		Previsora	1382363-9	Estudiantil [ ]	
	Via publica [X]	Otros [ ]			EPS-C [ ]	Prepagada [ ]	
	Comercio [ ]	Cual:	Placa: OPM59E		EPS-S [ ]	Vinculado [ ]	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
[X] Accidente Tránsito	[ ] Terrorismo	[ ] Catástrofe			
[ ] Accidente Laboral	[ ] Lesion por agresión	[ ] Otro			
[ ] Accidente Comun	[ ] Enfermedad General				

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino que iba como ocupante de moto que colisiona con un carro

Alergias: No

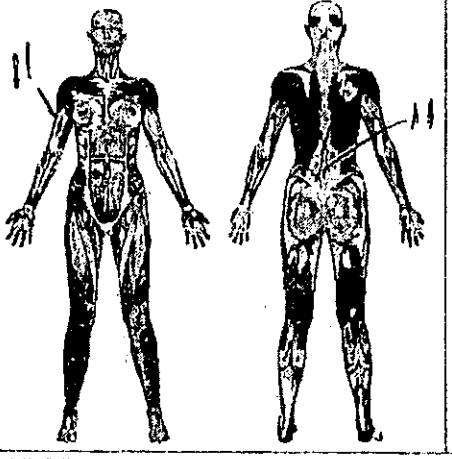
Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

Ultimo Alimento: horas | Embarazo SI [ ] NO [X]

Cirugias: No

EXAMEN FISICO | TA: 110/60 | FC: 65X | FR: 20X | T: 36.6°C



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE: Consciente, Orientado, alerta, afebril.

RESPIRA SI [X] NO [ ] — PULSO SI [X] NO [ ]

PROCEDIMIENTOS

[ ] Collar Cervical	[ ] RCCP	[ ] Monitoreo			
[ ] Aspiración	[ ] Hemostasia	[ ] Liquidos I.V.			
[ ] Oxigenación	[ ] Inmovilizacion MsSs	[ ] Asepsia			
[ ] Intubacion	[ ] Inmovilizacion MsIs	[ ] Otro:			
[ ] Ventilación	[ ] Inmovilizacion Total				

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trauma brazo derecho + dolor en cadera.

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega | Vivo [X] | Muerto [ ]

OBSERVACIONES

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM [ ] | TAB [X]

Nombre del Medico:	Nombre Auxiliar:	Nombre Conductor:
	Juan Polanco	William Ramos

9

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2D10@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 05/08/18 HORA 1916

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Daniel Felipe Otalora

IDENTIFICACION 1075315740

DIRECCIÓN Cll 19 N38 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3128037104

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa OPM59F

Poliza No. 13823063-2 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba como ocupante de moto que colisiona con un carro.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Moto-carro.

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Daniel Felipe Otalora
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075315740

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

PREVISORA

PÓLIZA DE SEGUROS OBLIGATORIOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2017	10	23	DEL	2017	10	24	DEL	2018	10	23

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE — TELEFONO TOMADOR: 3164434465

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO TOMADOR	CILINDRAJE	CLASE DE VEHICULO	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
CC	1075315740	15	1951	LA ARGENTINA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 19 NO 38A 30 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: 4138230632 — AT1324 — 1308004119193000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	97

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OPM59E	HERO	ECO DELUXE I3S

No. MOTOR	No. CHASIS O No. SERIE
HA11EJH9B00434	9G5HAH018JVHJ0724

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9G5HAH018JVHJ0724	2	0.00	111

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MÍNIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS — 5

13823063 2 — SEGUROS

FIRMA AUTORIZADA

LÍNEA GRATIS AL 01 8000 910554 — Cra. 4 No. 19-55 Tel. 871 7800 — FORMA SOA-002-4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10014901101

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
OPM59E	HERO	ECO DELUXE I3S	2018

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
98	NEGRO ROJO	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG O PAS
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NÚMERO DE MOTOR: HA11EJH9B00434 — ARC: N — VIN: 9G5HAH018JVHJ0724

NÚMERO DE SERIE: *** — REG: N — NÚMERO DE CHASIS: 9G5HAH018JVHJ0724 — REG: N

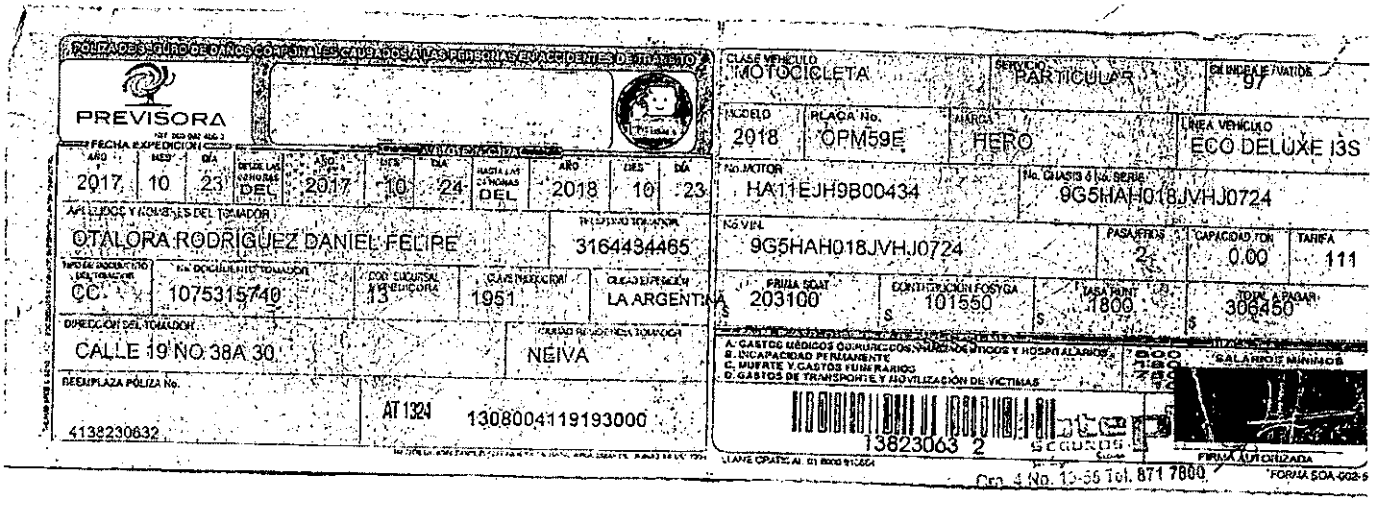
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE — IDENTIFICACIÓN: C.C. 1075315740

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.075.315.740
OTALORA RODRIGUEZ
APELLIDOS
DANIEL FELIPE
NOMBRES



FIRMA



PREVISORA

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE
MOTOCICLETA	PARTICULAR	97

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2018	OPM59E	HERO	ECO DELUXE I3S

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
HA11EJH9B00434	9G5HAH018JVHJ0724

No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9G5HAH018JVHJ0724	2	0.00	111

PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

FECHA EXPEDICION	DESDE LAS 12 HORAS DEL	HASTA LAS 12 HORAS DEL
AÑO 2017 MES 10 DIA 23	AÑO 2017 MES 10 DIA 24	AÑO 2018 MES 10 DIA 23

ASEGURADO Y BENEFICIARIO DEL TOMADOR: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE

TELEFONO TOMADOR: 3164434465

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL VENDEDORA	CLASE INSPECCION	CLASE DE SERVICIO
CC	1075315740	13	1951	LA ARGENTINA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 19 NO 38A 30

CIUDAD DE RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

DESEMPLAZA POLIZA No.: 4138230632

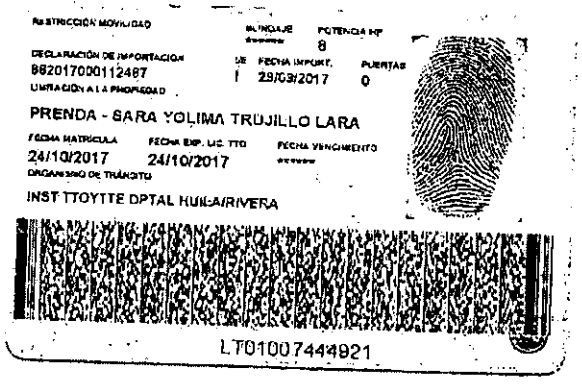
AT 1324 1308004119193000

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS 800 SALARIOS MINIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 180
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

13823063 2 SEGUROS

FIRMA AUTORIZADA

LLAME GRATIS AL 01 8000 91 0554 Cra. 4 No. 12-55 Tel. 871 7800 FORMA SOA-002-5



RESTRICCION MOVILIDAD

CILINDRAJE	POTENCIA HP
	8

DECLARACION DE IMPORTACION: 882017000112487

DE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
1	29/03/2017	0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

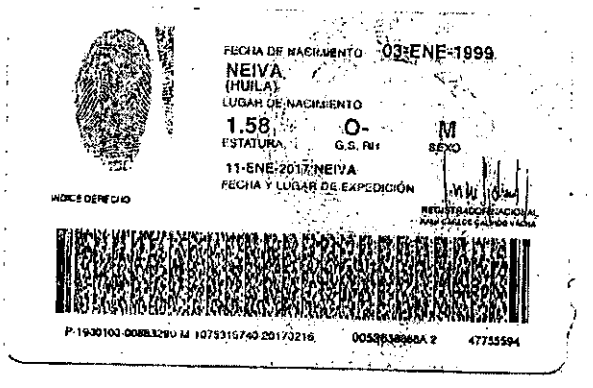
PRENDA - SARA YOLIMA TRUJILLO LARA

FECHA MATRICULA	FECHA EXP. LIC. TTO	FECHA VENCIMIENTO
24/10/2017	24/10/2017	

ORGANISMO DE TRANSITO

INST TTOYTTE DPTAL HUILA/RIVERA

LT01007444921



FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1999

NEIVA (HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA	G.S. RH	SEXO
1.58	O-	M

11-ENE-2017 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-1930100-00883290 M 1075315740 20170216 0053638668A 2 47755594

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075315740

ADMISION N_: 54752

NOMBRE: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE Num. Id-: CC 1075315740

FECHA NACIMIENTO: 99.01.03 EDAD: 19 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.05 HORA DE INGRESO: 20:16 Fecha/Hora de registro: 18.08.05 20:20

DIRECCION: CALL 19 NO. 38A- 30 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3204052229

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MARIA CAMILA OTALORA

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.08.05

<< REGISTRO: 20:20:16 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE LA MOTO DE PLACAS OPM59E QUE SON COLISIONADOS POR UN CARRO SUFRIENDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMA EN MANO DERECHA Y CADERA IZQUIERDA,

ANTECEDENTES

--><<2018.08.05-20:20:16>>, (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL) H.U. 54752

* Patologicos: LES HACE 13 AÑOS EN TTO CON MICOFENOLATO, LOSARTAN, CAPTOPRIL, * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 135/78 FC: 80 FR: 18 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

DOLOR A LA PALPACION DE CADERA IZQUIERDA

DORSOEXT

DOLOR A LA PALPACION DE MANO DERECHA, ABRASION EN DORSO DE MANO DERECHA,

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075315740

ADMISION N_: 54752

NOMBRE: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE Num. Id-: CC 1075315740

FECHA NACIMIENTO: 99.01.03 EDAD: 19 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.05 HORA DE INGRESO: 20:16 Fecha/Hora de registro: 18.08.05 20:20

DIRECCION: CALL 19 NO. 38A- 30 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3204052229

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MARIA CAMILA OTALORA

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S700 - CONTUSION DE LA CADERA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

PLAN/CONDUCTA
ANALGESIA
CURACION

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS
RADIOGRAFIA DE CADERA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 1 50 MG SC AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S700 - CONTUSION DE LA CADERA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MU¥ECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 21:07:28 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
SE REPORTA IMAGENES DIAGNOSTICAS. POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075315740

ADMISION N_: 54752

NOMBRE: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE **Num. Id-:** CC 1075315740

FECHA NACIMIENTO: 99 01 03 **EDAD:** 19 A **SEXO:** M. **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.05 21:07

DIRECCION: CALL 19 NO. 38A- 30 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3204052229

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** MARIA CAMILA OTALORA

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIAS:

1. CADERA IZQUIERDA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA
2. MANO DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA

<< REGISTRO: 21:11:17 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

EVOLUCION

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN MANO DERECHA Y PELVIS ,
AL EXAMEN FISICO: MANO DERECHA EDEMA Y DOLOR EN 1ER METGACARPIANO. PELVIS DOLOR ENYENSO EN ALA ILIACA IZQUIRDA . NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: CONTUSIONES MULTIPLES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS

<< REGISTRO: 21:22:53 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA 15 DIAS
RECOMENDACIONES
INCAPCAIDAD MEDICA 8 DIAS

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075315740

ADMISION N_: 54752

NOMBRE: OTALORA RODRIGUEZ DANIEL FELIPE **Num. Id-:** CC 1075315740
FECHA NACIMIENTO: 99.01.03 **EDAD:** 19 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.05 21:24
DIRECCION: CALL 19 NO. 38A- 30 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3204052229
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** MARIA CAMILA OTALORA
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 21:24:14 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** OTROS:

CURACIONES EN CASA CON ISODINE
APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR ORTOPEDIA 15 DIAS DR. GARCIA (SOLICITAR CITA ANTICIPADA)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

<< REGISTRO: 21:24:30 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.08.05-21:24:17 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

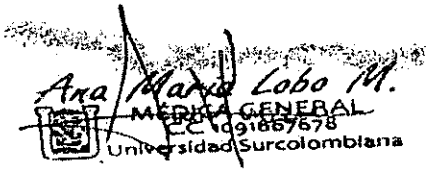
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.08.05 **HORA DE EGRESO:** 21:24:17 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 8 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. ANA MARIA LOBO
Registro Medico: 1091667678

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12691

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A			EVENTO	1-12365	NEIVA,10-Oct-2018	11:07:38
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.11.09
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**	
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: MILLAN SAUL	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: MILLAN SAUL

Item	Descripción del ítem	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
4922401	MILLAN SAUL	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: MILLAN SAUL	AT1324140687186	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 OCT 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldoser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18367

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. [X] | Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio / Vehiculo Placa No.: GGU 233 | Ambulancia Básica [X] | Ambulancia Medicada [ ]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: [C.C.] | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	4892401	saul		millan	
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito [X] | Evento Catastrofico [ ] | Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cra 2 con cll 9 Zona [X] | [R]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 15 08 20 08 A las: 09 13

Nombre IPS que atendió la victima: clínica de fracturas x ortopedia

NIT: 800 110 191-9 Código de habilitación: 410010046601

Dirección: cll 19 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Diana Alexandra

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diana Alexandra

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1081417827

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT. 900.324.272-2 FRANCISCO ANTONIO ROJAS REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18136

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 08 DIA 15

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO CCW239

No. DE POLIZA 13241406871886

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Jose Nelson cerquera C.C. 1116915013 DE doncello

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cra 2 con cll 9 B/ centro HASTA: clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO Hora 06:46 [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. GGU 233

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Saul milan IDENTIFICADO CON C.C. No. 1924401 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Solidlaser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA — 31280

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
5 Ago 2018	06 t 46	06 t 58	07 t 06	07 t 13	R X N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Millan.		Saul	4922401

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
04 oct 1941	M X F	T.I.	C.E.		4.922.401.	Años / Meses / Dias

RESIDENCIA ACTUAL	Direccion: Inspeccion Ospina Perez	Barrio:	Municipio: Palermo.
	Departamento: Huila	Pais: Colombia	Telefono

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA	
Cra 2 con Cll 9.	Residencia	Trabajo		Previsora	1824140687186	Estudiantil
	Via publica X	Otros		EPS-C Medimas		Prepagada
	Comercio	Cual:		Placa: CCW 239	EPS-S	Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
X	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catástrofe
	Accidente Laboral		Lesion por agresión		Otro
	Accidente Comun		Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente Masculino mayor de edad. que se movilizaba en una bicicleta en condición de conductor cuando es colisionado por un bus de servicio particular de placas VXH734

Alergias: Niegan

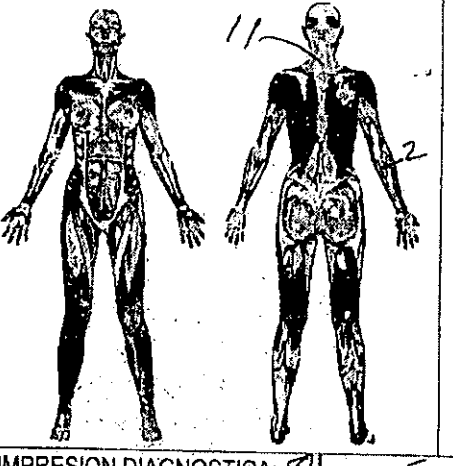
Medicamentos:

Antecedentes Patalógicos: Hipertensión, Diabetes

Ultimo Alimento: horas | Embarazo | Si | No X

Cirugias:

EXAMEN FISICO	TA.	FC:	FR:	T°



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE Consiente. Alerta Orientado en Tiempo Lugar y Espacio

RESPIRA SI X NO | PULSO SI X NO

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Fractura codo derecho en cuello

Traslado a: Clinica de fracturas y Ortopedia

Recibido por:

Se entrega | Vivo X | Muerto | FIRMA

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAB X

OBSERVACIONES GGU 233

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Nelson Ramirez

Nombre Conductor: Nelson Arguero

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 15-08-2018 HORA 06:46

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Saul millan

IDENTIFICACION 4922401

DIRECCIÓN Inspeccion Ospina Perez (Palermo H) TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Camioneta Marca Toyota Placa CCW-239

Poliza No. 1324140687186 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino mayor de edad que se movilizaba en una camioneta en condicion de conductor cuando es colisionado por un bus de servicio publico de placas VXH-734

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

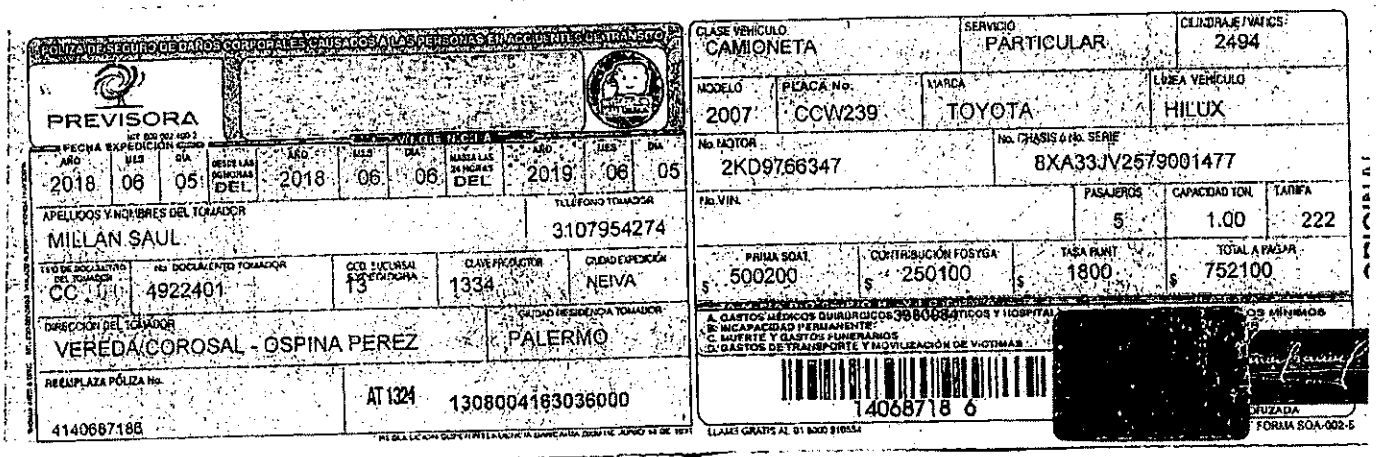
En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Saul Arrieta 4922401
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

C.C



PREVISORA

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA EXPEDICIÓN CERTIFICADO: AÑO 2018 MES 06 DÍA 05 — DESDE LAS 24 HORAS: DEL — AÑO 2018 MES 06 DÍA 06 — HASTA LAS 24 HORAS: DEL — AÑO 2019 MES 06 DÍA 05

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MILLAN SAUL — TELÉFONO TOMADOR: 3107954274

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 4922401 — COD. SUCURSAL: 13 NEIVA — CLAVE PRODUCTOR: 1334 — CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: VEREDA COROSAL - OSPINA PEREZ — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: PALERMO

REMPLAZA PÓLIZA No.: 4140687186 — AT 1324 — 1308004163036000

CLASE VEHICULO: CAMIONETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE / WATIOS: 2494

MODELO: 2007 — PLACA No.: CCW239 — MARCA: TOYOTA — LÍNEA VEHICULO: HILUX

No. MOTOR: 2KD9766347 — No. CHASIS o No. SERIE: 8XA33JV2579001477

No. VIN: — PASAJEROS: 5 — CAPACIDAD TON.: 1.00 — TARIFA: 222

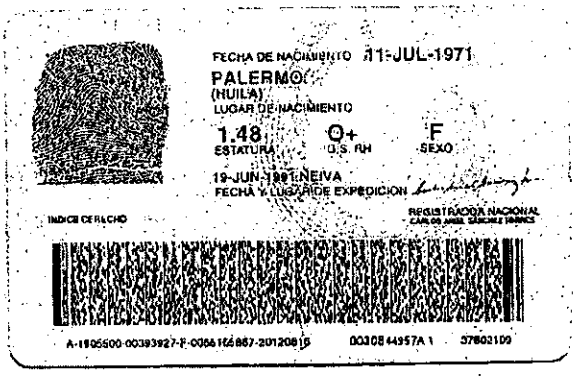
PRIMA SOAT: $ 500200 — CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 250100 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 752100

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

14068718 6

LLAMES GRATIS AL 01 8000 910554

FORMA SOA-002-5



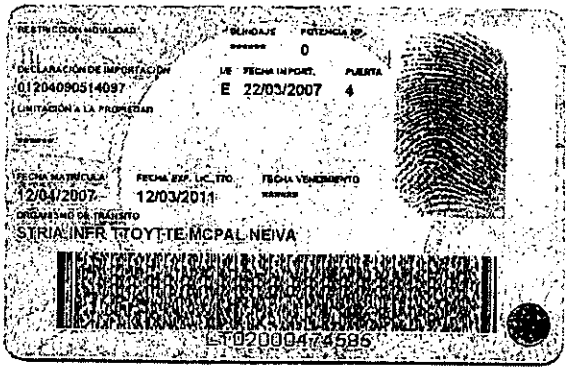
FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1971
PALERMO (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA — O+ G.S. RH — F SEXO
19-JUN-1991 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

A-1905500-0039927-F-0061166867-20120619 0030844957A 1 37602109



FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1941
SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA
SAN ANTONIO TEQUENDAMA (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA — B+ G.S. RH — M SEXO
05-ENE-1979 PALERMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

A-1807400-00159980-M-0004922401-20030624 0012782141A 1 5690103578



RESTRICCIÓN MOVILIDAD — BLINDAJE — POTENCIA HP: 0
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 01204090514097 — LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD — MODELO — MT — FECHA IMPORT.: E 22/03/2007 — PUERTAS: 4
FECHA MATRICULA: 12/04/2007 — FECHA EXP. LIC. TTO.: 12/03/2011 — FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO: STRIA INFR TTO Y TTE MCPAL NEIVA

LT 0200047458S

6

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

VIGENCIA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS	AÑO	MES	DÍA
2018	06	05	DEL	2018	06	06	DEL	2019	06	05

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: MILLAN SAUL — TELÉFONO TOMADOR: 3107954274

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE INDUSTRIA	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	4922401	13	1334	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: VEREDA COROSAL - OSPINA PEREZ — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: PALERMO

REEMPLAZA PÓLIZA No: 4140687186 — AT 1324 — 1308094163036000

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE / VATIOS
CAMIONETA	PARTICULAR	2494

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2007	CCW239	TOYOTA	HILUX

No. MOTOR: 2KD9766347 — No. CHASIS o No. SERIE: 8XA33JV2579001477

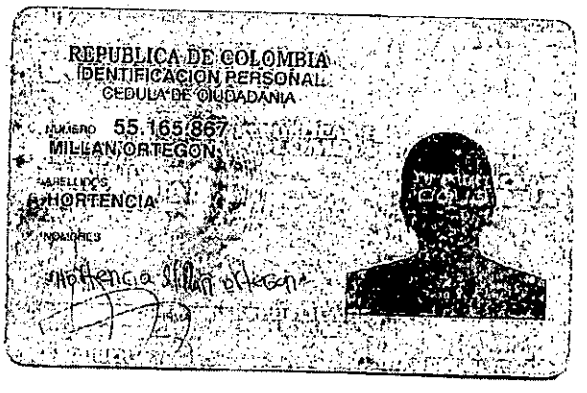
No. VIN: — PASAJEROS: 5 — CAPACIDAD TON.: 1.00 — TARIFA: 222

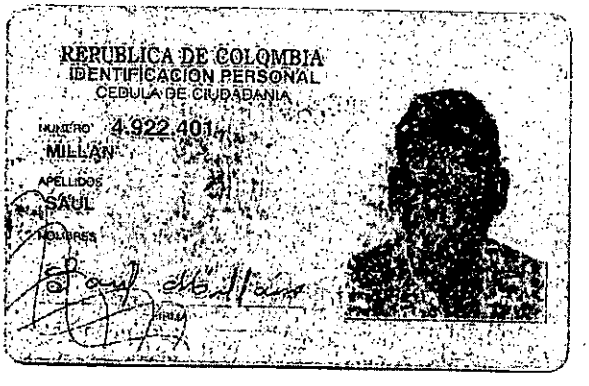
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 500200	$ 250100	$ 1800	$ 752100

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS 39660 ... TICOS Y HOSPITALA... — ... MÍNIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE:
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS

14068718 6

LLAME GRATIS AL 01 8000 910554 — ... AUTORIZADA — FORMA SOA-002-5





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10001579951

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
CCW239	TOYOTA	HILUX	2007

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.494	GRIS ACERO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD SEGÚN No.
CAMIONETA	DOBLE CABINA	DIESEL	1000 - 5

NÚMERO DE MOTOR: 2KD9766347 — REG N — VIN ******

NÚMERO DE SERIE: 8XA33JV2579001477 — REG N — NÚMERO DE CHASIS: 8XA33JV2579001477 — REG N

PROPIETARIO(S) APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): MILLAN SAUL — IDENTIFICACIÓN: C.C. 4922401

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

4922401

ADMISION N_: 55362

NOMBRE: MILLAN SAUL Num. Id-: CC 4922401

FECHA NACIMIENTO: 41.10.09 EDAD: 76 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.15 HORA DE INGRESO: 07:31 Fecha/Hora de registro: 18.08.15 07:35

DIRECCION: INSPECCION OSPINA CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3107954274

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.08.15

<< REGISTRO: 07:35:43 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACINETE QUE IBA COMO CONDUCTOR DEL CARRO DE PLACAS CCW239 CUANDO COLISIONA CON UN COLECTIVO Y CAE

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE CARRO AL COLISIONAR CON COLECTIVO QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

ANTECEDENTES

--->><2018.08.15-07:35:44>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 55362

* Patologicos: HTA* Traumaticos: Niega * Medicamentos: LOSARTAN 50X2, LOVASTATINAX1, ASA 100X1 * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NO REFIERE

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 200/99 FC: 101 FR: 20 Tmp: 36 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. ABRASIONES EN CODO DERECHO

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

4922401

ADMISION N_: 55362

NOMBRE: MILLAN SAUL Num. Id-: CC 4922401
FECHA NACIMIENTO: 41.10.09 EDAD: 76 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: 18.08.15 HORA DE INGRESO: 07:31 Fecha/Hora de registro: 18.08.15 07:35
DIRECCION: INSPECCION OSPINA CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3107954274
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- REVALORAR

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 08:38:54 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA
SALIDA
INES
VALROACION ABIERTA POR ORTOPEDIA
RECOEMNDACIONES

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

4922401

ADMISION N_: 55362

NOMBRE: MILLAN SAUL **Num. Id-:** CC 4922401
FECHA NACIMIENTO: 41.10.09 **EDAD:** 76 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.15 08:38
DIRECCION: INSPECCION OSPINA **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3107954274
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

<< REGISTRO: 08:40:21 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

DORNAX (CODEINA FOSFATO HEMIHIDRATO 30 MG + DICLOFENACO 50 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

CURACIONES EN CASA CON ISODINE
APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

** ORDENES MEDICAS:

VALORACION ABIERTA POR ORTOPEDIA (SOLICITAR CITA ANTICIPADA)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

1 ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

<< REGISTRO: 08:40:31 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.08.15-08:40:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

4922401

ADMISION N_: 55362

NOMBRE: MILLAN SAUL Num. Id-: CC 4922401

FECHA NACIMIENTO: 41.10.09 EDAD: 76 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.08.15 08:40

DIRECCION: INSPECCION OSPINA CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3107954274

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION: _____

OBSERVACION

(Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 18.08.15 HORA DE EGRESO: 08:40:26 DIAS DE INCAPACIDAD: 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1091667678
Universidad Surcolombiana

Dr. ANA MARIA LOBO
Registro Medico: 1091667678

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12700

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A.			EVENTO	1-12374	NEIVA,10-Oct-2018	11:29:22
IRECCION CRA 5 # 11/01	NEIVA		**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2018.11.09	
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**		
)1 01 SOAT			OTRO REGIMEN	PACIENTE: MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDR		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDRES

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075294668	MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDRES	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDRES	at1324138267135	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
12 OCT 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17853

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. [X] | Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio | Ambulancia Básica [X] | Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No.: HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: [X] C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
C.C	1083529944666	Camilo	Andres	Motta	Ramirez
2					
3					
4					

Tipo de evento que suscita la movilización | Accidente de transito [X] | Evento Catastrofico [ ] | Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CR 6W con cll 48 Zona [X] R [ ]

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 02 | 08 | 2008 A las: 14 | 21

Nombre IPS que atendió la victima: clinica de fracturas y ortopedia. HSA

NIT: 800 110 131-9 Código de habilitación: 41 001 004 6601

Dirección: cll. 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTÉ

Total folios

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL 17853
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG RG 12374

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.E. P.A. T.I. R.C. A.S M.S

	Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1078294666	Camilo	Andres	Motta	Ramirez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cr 6W con cll 48 Zona [X] R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 02 06 2014 A las 1422

Nombre IPS que atendió la victima clinica de fracturas y ortopedia Ltda

NIT 800 110 181-9 Código de habilitación 41 001 004 6601

Dirección cll. 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República, devengar así mismo todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC 79794536

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

FRANCISCO ANDRES HOJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

867

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17858

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 08 DIA 02

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO MDR-29

No. DE POLIZA 1324138267 13 J

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) William Andres Ramos C.C. 1075235957 DE Neiva.

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: CR 6W con cll 48. Hora: 15:55 HASTA: Clinica de Fracturas y Ortopedia.

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Camilo Andres Motta Ramirez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075294666 DE Neiva.

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17858

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	08	02

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: MDR-29

No. DE POLIZA: 1324138267135

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) William Andres Ramos. C.C. 1075285957 DE Neiva.

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: CR 6 W con dll 48. HASTA: clinica de Fracturas y ortopedia.

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 15:55

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU 906.

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Camilo Andres Motta. Ramirez. IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075294666 DE Neiva.

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludiaser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA — 30935

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
08 08 19	15:55	16:10	16:17	16:22	R X N V B

Motta Ramirez Camila Andres (1er apellido / 2do apellido / Nombres)

No. HISTORIA CLINICA: 1075294666

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
09 02 1996	M X F	T.I.	C.E.		1075294666	22 Años

RESIDENCIA ACTUAL			
Direccion: Cll 37 N-6-28	Barrio: Granjas	Municipio: Neiva	
Departamento: Huila	Pais: Colombia	Telefono 3228970977	

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No	
CRGW con d/48	Residencia		Trabajo			Estudiantil
	Via publica	X	Otros	Previsora	EPS-C	Prepagada
	Comercio		Cual:	Placa: MDR29	EPS-S	Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO				
	X	Accidente Tránsito	Terrorismo	Catástrofe
		Accidente Laboral	Lesion por agresión	Otro
		Accidente Comun	Enfermedad General	

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: paciente que iba como conductor de moto, cuando pierde el control en un badén de una curva y se accidentan.

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE: Consciente, Alerta, Orientado

Alergias: NO

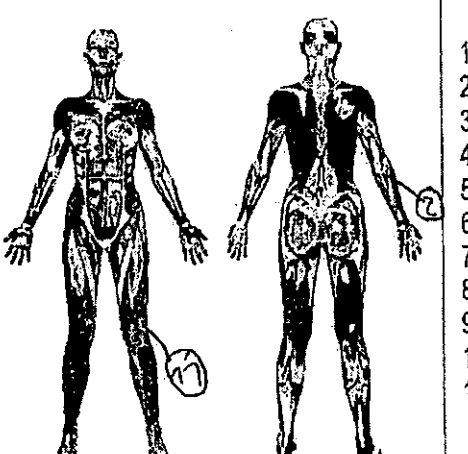
Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

Ultimo Alimento: horas | Embarazo SI NO

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO: TA 106/85 FC: 72 FR 17 T 36.1



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

RESPIRA SI X NO | PULSO SI X NO

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Abrasiga en codo derecho + fx en pierna izquierda

Traslado a: Clinica de Fracturas

Recibido por: Juan Carlos Ramirez

Se entrega Vivo X Muerto | FIRMA

OBSERVACIONES: HFU906

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM | TAB X

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Juan Pablo Silva

Nombre Conductor: William Ramos

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 02-08-2018 HORA 15:55.

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Camilo Andres Motta Ramirez

IDENTIFICACION 1075294666

DIRECCIÓN calle 37 Nº 6-28 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3228970977

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo moto Marca Placa MDR29.

Poliza No. 1324-13826713-5 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente de Sexo masculino que iba como conductor de una moto, cuando pierde el control en un altibajo de una curba y se accidenta.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

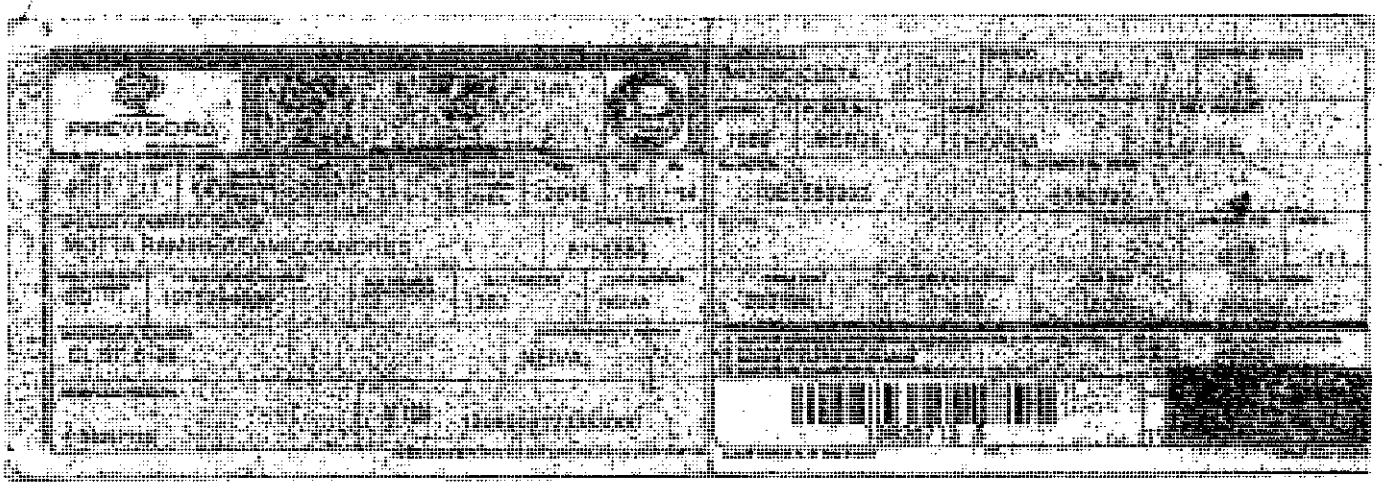
En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Camilo Andres Motta Ramirez
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

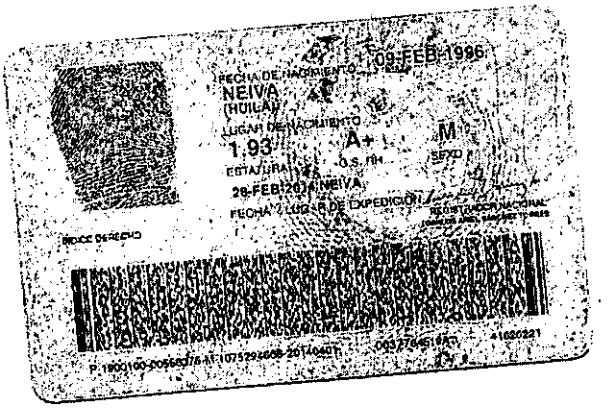
C.C 1075294666.

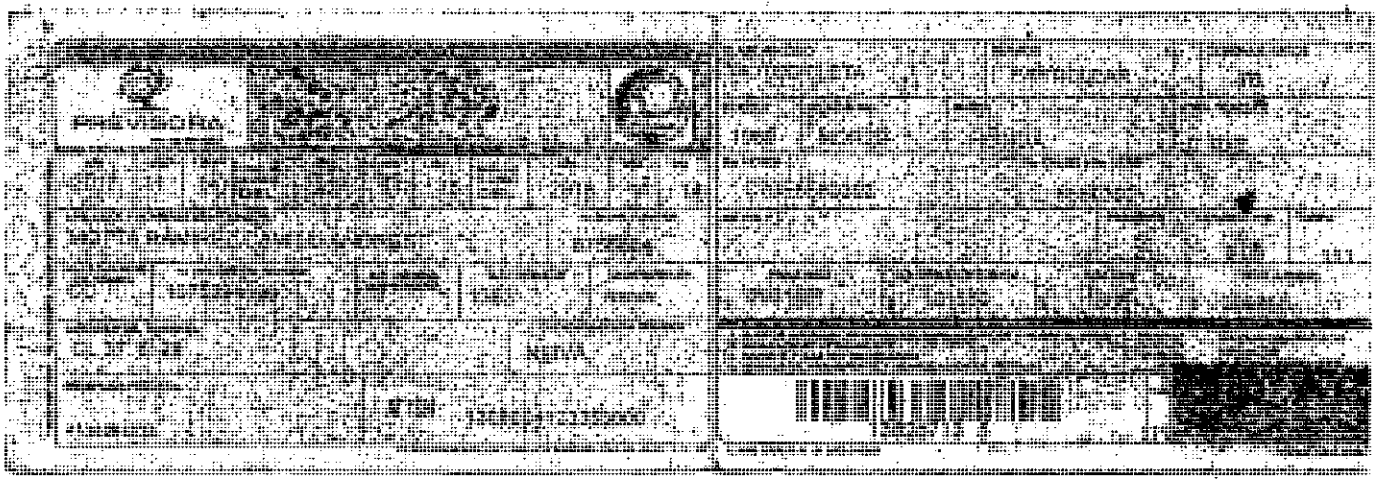
NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

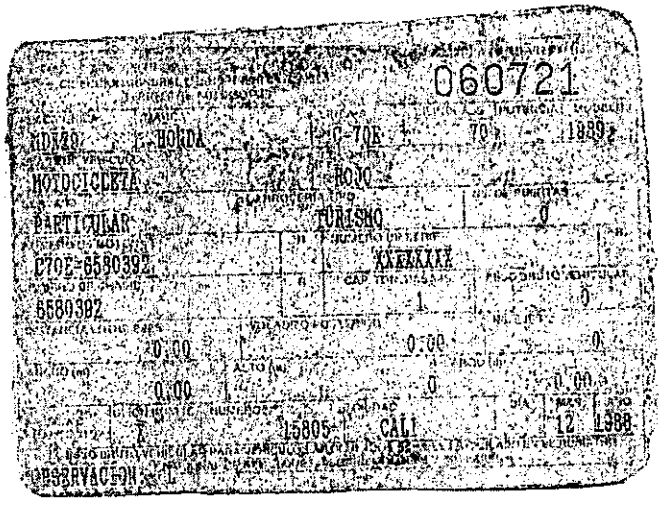
C.C

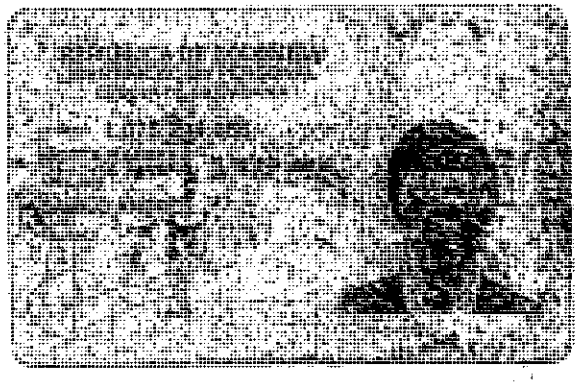



TRANSITO No. 04-41524-0060721
HERNANDEZ JURADO ALEIDA ZAHARY
IDENTIFICACION
No 59784775
SAHAMILEGO
CALLE 18 # 52-58
NEIVA
0
ORGANISMO DE TRANSITO
AUTOCS PALERMO
TRASPASO
18
2
Coordinador de Area


09-FEB-1996
NEIVA
(HUILA)
1,93
A+
M
28-FEB-2014 NEIVA




060721
HONDA
C-70K
70
1989
HOJO
TURISMO
6580392
15805
CALI
12
1988



CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075294666

ADMISION N_: 54601

NOMBRE: MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDRES **Num. Id-:** CC 1075294666

FECHA NACIMIENTO: 96.02.09 **EDAD:** 22 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.02 **HORA DE INGRESO:** 16:32 **Fecha/Hora de registro:** 18.08.02 16:37

DIRECCION: CLL 37 NO 6 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3228970911

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.08.02

<< REGISTRO: 16:37:27 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS MDR29 CUANDO PIERDE EL CONTROL EN LA CURVA Y CAE

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ACEPTABLE

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTOCICLETA AL PERDER EL CONTROL Y SUFRIR CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

ANTECEDENTES

--><<2018.08.02-16:37:28>>, (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 54601

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES **TA:** 138/84 **FC:** 80 **FR:** 20 **Tmp:** 37 **ESTADO EMBRIAGUEZ:** NO

ESTADO CONCIENCIA **ALERTA:** [X] **OBNUBILADO:** [ ] **ESTUPOROSO:** [ ] **COMA:** [ ] **GLASGOW:** (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

ABRASIONES EN AMBOS CODOS Y ANTEBRAZOS, DOLOR A LA MOVILIDAD PASIVA CODO IZQUIERDO CON LIMITACION FUNCIONAL. ABRASIONES EN RODILLA IZQUIERDA, NO LMITACION FUNCIONAL NI DEFORMIDAD. Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075294666

ADMISION N_: 54601

NOMBRE: MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDRES Num. Id-: CC 1075294666

FECHA NACIMIENTO: 96.02.09 EDAD: 22 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.02 HORA DE INGRESO: 16:32 Fecha/Hora de registro: 18.08.02 16:37

DIRECCION: CLL 37 NO 6 28 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3228970911

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

PIEL
ABRASIONES EN CODOS, ANTEBRAZOS Y RDOILLA IZQUIERDA.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S500 - CONTUSION DEL CODO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S500 - CONTUSION DEL CODO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 16:37:30 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO

<< REGISTRO: 16:38:56 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR
- CONTROL DE SIGNOS VITALES-AVISAR CAMBIOS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075294666

ADMISION N_: 54601

NOMBRE: MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDRES **Num. Id-:** CC 1075294666

FECHA NACIMIENTO: 96.02.09 **EDAD:** 22 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.02 16:38

DIRECCION: CLL 37 NO 6 28 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3228970911

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 18:31:59 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

NOTA RETROSPECTIVA: PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS MANIFESTO SER ALERGICO A LOS AINES, INICIALMENTE LO HABIA NEGADO, POR LO CUAL SE CAMBIA MEDICAMENTO.

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 1 50MG SC DOSIS UNICA

SUSPENDER DICLOFENACO

<< REGISTRO: 18:36:24 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

REPORTE DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIA DE CODO IZQUIERDO SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS

<< REGISTRO: 18:38:52 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA
AINES
CONSULTA PRIORITARIA POR ORTOPEDIA
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075294666

ADMISION N_: 54601

NOMBRE: MOTTA RAMIREZ CAMILO ANDRES Num. Id-: CC 1075294666
FECHA NACIMIENTO: 96.02.09 EDAD: 22 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.08.02 18:38
DIRECCION: CLL 37 NO 6 28 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3228970911
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

<< REGISTRO: 18:44:54 >> (DR(A). YGL - YEISON GOMEZ LEDESMA - C.C. 1124849456 - REG. MEDICO: 7128 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATOS MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

CURACIONES EN CASA CON ISODINE
APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION
RECONSULTAR SI SE EVIDENCIA QUE SE PONGA ROJA, CALIENTE, DOLOR INTENSO EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.

** ORDENES MEDICAS:

VALORORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA 03/08/18 11+00 HR

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.08.02-18:44:42 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 UNA TABLETA CADA 6 HORAS

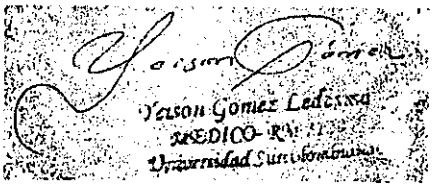
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.08.02 **HORA DE EGRESO:** 18:44:42 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. YEISON GOMEZ LEDESMA
Registro Medico: 7128

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12710

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
A PREVISORA S.A.			EVENTO	1-12384	NEIVA,10-Oct-2018		11:49:50
IRECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018.11.09	
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**	**Observaciones:**			
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE: RIVERA HOYOS FREDY FERNAN			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7705686	RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO**	AT1324139051964	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017

12 OCT 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE **********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Saludlaser SALUDLASER SAS
NIT. 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17989

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI. — Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: — Ambulancia Básica: [x] — Ambulancia Medicada: [ ]

Vehiculo Placa No.: NNV145

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1						
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito: [x] — Evento Catastrofico: [ ] — Evento Terrorista: [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cra 11 Calle 37 — Zona: U [x] R [ ]

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: D D M M A A A A — A las: H H M M

Nombre IPS que atendió la victima: Clínica Nuestra Señora del Rosario

NIT: 900 103 291 - 2 — Código de habilitación: 410010049500

Dirección: Calle

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 871 2000

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Tito Vitalino Rojas Torres
MEDICO
R. M. 0967/03 - USCO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

cc 7707678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

17989

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 12384

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. NIT | Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NVV145

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [CC] C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7701568	FREDY	Fernando	MUÑOZ	HOYOS
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 16 Calle 37 Zona [U] [R]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 27 08 2018 A las 6 H 11 M

Nombre IPS que atendió la victima Clinica Fracturas Ortopedica

NIT 800 140181 -4 Código de habilitación 4001100460 01

Dirección Calle

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8356399

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago por los servicios reclamados.

Tito Vladimir Zuluaga Lotes
MEDICO
MP 41082703 - USCO
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC 7702628
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL TRANSPORTADORA

FRANCISCO ATUESTA HOJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios | | |

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18415

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 03 DIA 27

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO XMN43D

No. DE POLIZA 1324139031964

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Yelson Dani Hoyos C.C. 1075[illegible] DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 16 Calle 32 HASTA: Clinica [illegible]

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV145

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Freddy Fernando

[illegible] IDENTIFICADO CON C.C. No. 77[illegible]686 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

882

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18415

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	08	27

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: X M N A 3 D

No. DE POLIZA: 1 3 2 4 1 3 9 0 5 1 9 6 4

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) YELSON DIAZ MOSQUERA C.C. 1075211746 DE NEIVA

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 16 Calle 37 HASTA: Clinica Fractura ortopedia

OT + 45

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NVV 145

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Freddy Fernando Pineda Hoyos IDENTIFICADO CON C.C. No. 7705686 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Ambuser S.A.S. NIT. 900.324.272-2

HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA

31477

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
13/May/2018	05:45	05:53	06:02	06:10	R X N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Rivera	Mayos	Fredy Fernando	7705686

FECHA NAC/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
13/Mar/1977	M X F	T.I.	C.E.		77056 86	Años / Meses / Días

RESIDENCIA ACTUAL

Direccion:	Barrio:	Municipio:
Cll 18 N15B-31	—	Neiva
Departamento: Huila	**Pais:** Colombia	**Telefono** 3162399265

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No	
cra 16 Cll 37	Residencia		Trabajo		3905196-4	Estudiantil
	Via publica	X	Otros	Previsora	EPS-C Nueva EPS	Prepagada
	Comercio		Cual:	Placa: XMN43D	EPS-S	Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO

X	Accidente Tránsito	Terrorismo	Catástrofe
	Accidente Laboral	Lesion por agresión	Otro
	Accidente Comun	Enfermedad General	

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente masculino que iba como conductor de moto que pierde el control de la moto al frenar.

Alergias: No

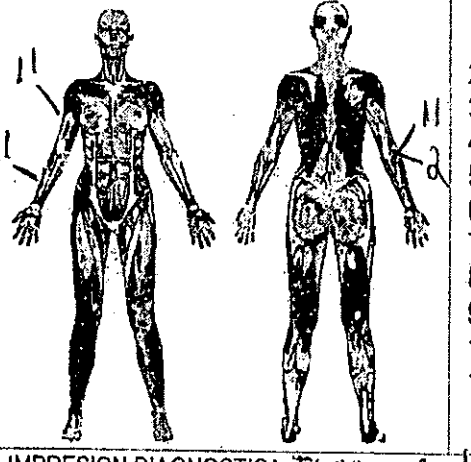
Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

Ultimo Alimento: horas | **Embarazo** SI NO X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO | TA: 110/60 | FC: 86 | FR: 20 | T: 36,5°



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE

Consciente, orientado, alerta, afebril

RESPIRA SI X NO | PULSO SI X NO

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion Msts		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Trauma en brazo, codo y antebrazo derecho + Abrasion codo derecho

Traslado a: Clínica de fracturas

Recibido por:

Se entrega | Vivo X | Muerto

Firma del Paciente

Dra Vladimir Rolando Torres Medico Especialista

OBSERVACIONES NUU195

Tipo unidad FAM | TAB

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Brayan Ariza

Nombre Conductor: Daicon Niño

Saludlaser

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 27/08/18 HORA 05:45

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Fredy Fernando Rivera

IDENTIFICACION 7703686

DIRECCIÓN CII 1B N15B-31 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3162399265

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa XMN 43D

Poliza No. 1390196-4 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente masculino que iba como conductor de moto que pierde el control de la moto al frenar

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: No hay

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Fredy Fernando Rivera

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 7703686

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7705686
NOMBRES	FREDY FERNANDO
APELLIDOS	RIVERA HOYOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	25/05/2010	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/22/2021 09:37:20	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

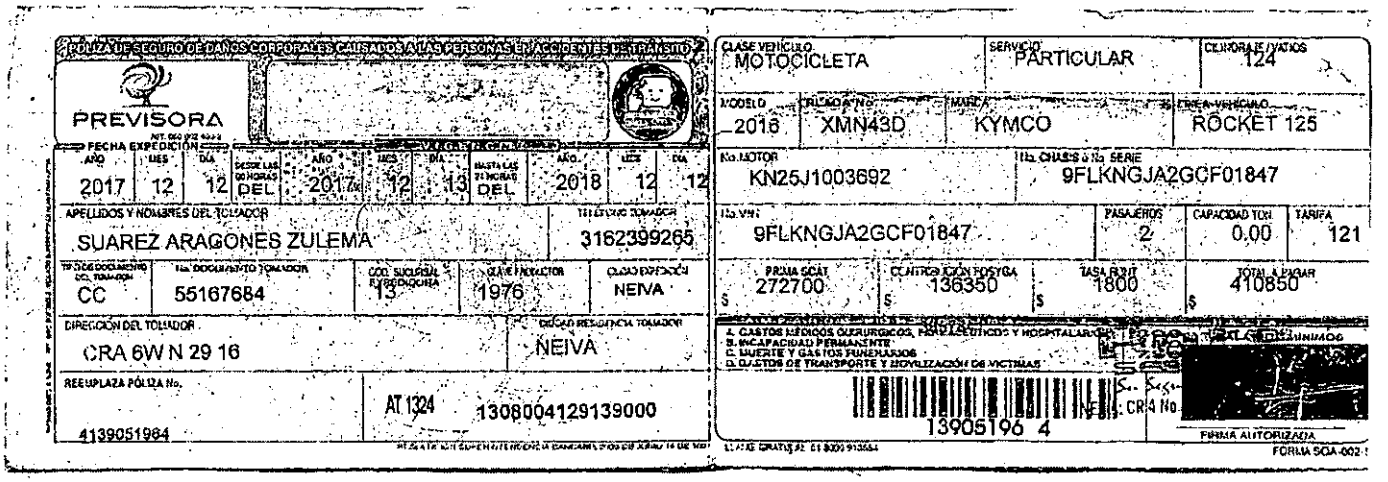
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen 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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: AÑO 2017 | MES 12 | DÍA 12 | DESDE LAS 00 HORAS: DEL | AÑO 2017 | MES 12 | DÍA 13 | HASTA LAS 24 HORAS: DEL | AÑO 2018 | MES 12 | DÍA 12

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: SUAREZ ARAGONES ZULEMA

TELÉFONO TOMADOR: 3162399265

TIPO DE DOCUMENTO COD. TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 55167684

COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13

CLASE VEHÍCULO: 1976

CLASE DE SERVICIO: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 6W N 29 16

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEXPEDIDA PÓLIZA No.: 4139051964

AT 1324 1308004129139000

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE / PUESTOS: 124

MODELO: 2018

CILINDRAJE No.: XMN43D

MARCA: KYMCO

LÍNEA VEHÍCULO: ROCKET 125

No. MOTOR: KN25J1003692

No. CHASIS o No. SERIE: 9FLKNGJA2GCF01847

No. VIN: 9FLKNGJA2GCF01847

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0,00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 272700

CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 136350

TASA RUNT: $ 1800

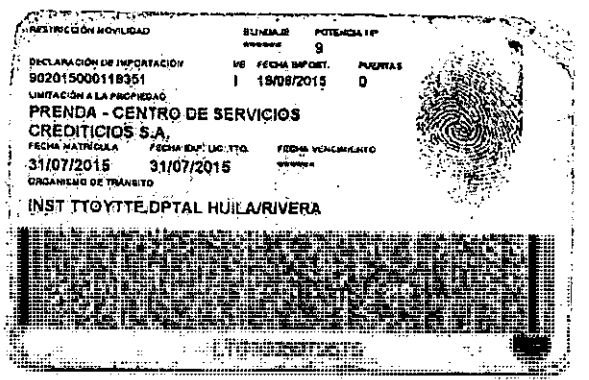
TOTAL A PAGAR: $ 410850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS

13905196 4

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002



RESTRICCIÓN MOVILIDAD

KILOMETRAJE: 9

POTENCIA HP

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 902015000118351

VIN

FECHA IMPORT.: 19/08/2015

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - CENTRO DE SERVICIOS CREDITICIOS S.A.

FECHA MATRÍCULA: 31/07/2015

FECHA EXP. LIC. TTO.: 31/07/2015

FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

INST TTO Y TTE DPTAL HUILA/RIVERA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7705686

ADMISION N_: 56087

NOMBRE: RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO **Num. Id-:** CC 7705686

FECHA NACIMIENTO: 77.03.13 **EDAD:** 41 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.27 **HORA DE INGRESO:** 06:44 **Fecha/Hora de registro:** 18.08.27 06:50

DIRECCION: CLL 1 B NO 15 B 31 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3162399265

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.08.27

<< REGISTRO: 06:50:40 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS XMN43D CUANDO AL FRENAR PIERDE EL CONTROL Y CAE

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA CONDUCTOR DE MOTO TRAIDO EN AMBULANCIA DESPUES DE SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

ANTECEDENTES

--><<2018.08.27-06.50:40>>, (DR(A). TVP - TITO VLADIMIR POLANIA TORRES - C.C. 7702628 - REG. MEDICO: 967-03 - MEDICINA GENERAL) H.U. 56087

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega

--><<18.09.06-08:07:08>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 56839

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 27 DE AGOSTO DEL 2018

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES **TA:** 134/92 **FC:** 74 **FR:** 19 **Tmp:** 36.2 **ESTADO EMBRIAGUEZ:** NO

ESTADO CONCIENCIA **ALERTA:** [X] **OBNUBILADO:** [ ] **ESTUPOROSO:** [ ] **COMA:** [ ] **GLASGOW:** (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, SANGRADO NASAL CON DOLOR A LA PALPACION EN DORSO NASAL, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aperentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7705686

ADMISION N_: 56087

NOMBRE: RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO **Num. Id-:** CC 7705686

FECHA NACIMIENTO: 77.03.13 **EDAD:** 41 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.08.27 **HORA DE INGRESO:** 06:44 **Fecha/Hora de registro:** 18.08.27 06:50

DIRECCION: CLL 1 B NO 15 B 31 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3162399265

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, DOLOR A LA PALPACION DE BRAZO DERECHO QUE AUMENTA CON LA MOVILIZACION, ABRASION CON DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE RODILLA DERECHA; perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S003 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA NARIZ

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

PLAN/CONDUCTA

CURACIÓN, ANALGESIA E IMAGENOLOGÍA

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE BRAZO DERECHO
RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES
RADIOGRAFIA DE RODILLA DERECHA AP Y LATERAL

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 APLICAR 75 MG INTRAMUSCULAR AHORA

REALIZAR CURACIONES EN SITIOS DE ABRASION Y ADMINISTRAR ANALGESIA EN SALA DE CURACIONES
LLEVAR A IMAGENOLOGIA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S003 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA NARIZ

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 08:12:50 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7705686

ADMISION N_: 56087

NOMBRE: RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO Num. Id-: CC 7705686
FECHA NACIMIENTO: 77.03.13 EDAD: 41 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.08.27 08:12
DIRECCION: CLL 1 B NO 15 B 31 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3162399265
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

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

EVOLUCION

SE REPORTA IMAGENES DIAGNOSTICAS, POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIAS:
1. BRAZO DERECHO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA
2. HUESOS NASALES: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FRACTURA
3. RODILLA DERECHA: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA

<< REGISTRO: 10:01:13 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

EVOLUCION

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO DERECHO Y RODILLA DERECHA,
AL EXAMEN FISICO: HOMBRO DERECHJO DOLOR EN TUBEROSIDAD MAYOR LIMITACION ANTALGICA DE LA MOVILIDAD DE HOMBRO. NEER PORSITIVO. RODILLA DERECHA EDEMA Y DOLOR EN CARA ANTERIOR. BUENA MOVILIDAD NO INESTABILIDAD.
NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES
DX: ESGUINCE HOMBRO DERECHO
CONTUSION RODILLA DERECHA
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 10 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 10 DIAS

<< REGISTRO: 10:37:07 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7705686

ADMISION N_: 56087

NOMBRE: RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO **Num. Id-:** CC 7705686

FECHA NACIMIENTO: 77.03.13 **EDAD:** 41 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.27 10:37

DIRECCION: CLL 1 B NO 15 B 31 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3162399265

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

EVOLUCION

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA 10 DIAS
RECOMENDACIONES
INCAPCUIADAD MEDICA 10 DIAS

<< REGISTRO: 10:39:43 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE YESOS
INMOVILIZACION MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR TOTAL O PARCIAL
EN SALA DE YESOS SE INMOVILIZA EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO, SIN COMPLICACIONES, LLENADO CAPILAR 2" PACIENTE NIEGA PARESTESIAS.

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

WINADINNE (ACETAMINOFEN 325 MG+CODEINA 8 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

RECONSULTAR SI EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA LA PARTE DISTAL.
-- REPOSO.
--- MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
--MANTENER CABESTRILLO

** ORDENES MEDICAS:

CONTROL POR ORTOPEDIA 10 DIAS DR, GARCIA (SOLICITAR CITA ANTICIPADA)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7705686

ADMISION N_: 56087

NOMBRE: RIVERA HOYOS FREDY FERNANDO **Num. Id-:** CC 7705686
FECHA NACIMIENTO: 77.03.13 **EDAD:** 41 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.08.27 10:39
DIRECCION: CLL 1 B NO 15 B 31 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3162399265
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

<< REGISTRO: 10:40:04 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

1 PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.08.27-10:39:49 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DIEZ (10) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**
FECHA DE EGRESO: 18.08.27 **HORA DE EGRESO:** 10:39:49 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 10 DIAS
ESTADO A LA SALIDA:
VIVO

Ana María Lobo M.
MEDICA GENERAL
CC 1091667678
Universidad Surcolombiana

Dr. ANA MARIA LOBO
Registro Medico: 1091667678

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12809

NTIDAD RESPONSABLE 860524654 - AT1324	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**		**HORA**
CONSORCIO PREVISORA S A	EVENTO	1-12482	NEIVA,23-Oct-2018		12:24:36
RECCION CRA 5 # 11-01 NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO**	2018 11 22	
NTRATO/PLAN	**REGIMEN**	**Observaciones:**			
37 SOAT	OTRO REGIMEN	PACIENTE CAVIEDES VARGAS ROBINSON			

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE CAVIEDES VARGAS ROBINSON

Item	Descripcion del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
7708677	CAVIEDES VARGAS ROBINSON	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE CAVIEDES VARGAS ROBINSON	AT1324143116411	1.0	260,414	260,414

Sonaya
RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
30 OCT 2018
Centro de Acopio

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE .....

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub total	Total a Pagar
FC	260.414	1.00	260.414	260.414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
NIT Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÈN

SaludLaser SALUDLASER S.A.S.
NIT
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Soldaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18607

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural s diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NIT (X)

Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio

Ambulancia Básica (X) Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No. IIF 370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: (C.C.) | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	77086077	ROBINSON		CAVIEDES	VARGAS
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CR 7W AV 26 Zona U (X) R ( )

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 0 2 0 4 2 0 A (X) A las: 1 0 : 3 0

Nombre IPS que atendió la victima: CLINICO TRAUMA Y ORTOPEDICO

NIT: 800.110.181-9 Código de habilitación: 410010004601

Dirección: CL 8 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono: 8730319

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Roberto Díaz Sánchez
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
C.C. 1.075.265.171

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Roberto Díaz Sánchez
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
C.C. 1.075.265.171

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18607

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 12492

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. [X] Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. HFY 370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7170867	ROBINSON		CAICEDO	VARGAS
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cr 7W AV 26 Zona U [ ] R [ ]

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 12 08 2014 A las 1600

Nombre IPS que atendió la victima clinica fracturas y ortopedia

NIT 800.110.181-9 Código de habilitación 410010004601

Dirección cl 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro bajo la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan en la situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las mismas prestaciones.

Roberto Díaz Sánchez
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
C.C. 1.075.265.171

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMINISTRACIÓN DE LA IPS

Roberto Díaz Sánchez
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
C.C. 1.075.265.171

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMINISTRACIÓN DE LA IPS

1075265171

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMINISTRACIÓN DE LA IPS

Salud Laser
UNIDAD DE CIRUGIA
NIT. 900.624.272-2
ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA NATURAL O DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA IPS PRESTADORA

Total folios [ ]

10

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18291

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	1 8	0 9	2

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: X 3 Y 6 7 C

No. DE POLIZA: 1 3 2 4 1 4 3 1 1 6 4 1 1

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Javier Rodriguez C.C. 7727617 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cr 7W Av 26 HASTA: Clinica Evacuadas

06:32 11:20 N

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. IIH 377

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Robinson Cavedes Vargas IDENTIFICADO CON C.C. No. 7708677 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18291

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	09	12

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: X B Y 6 8 C

No. DE POLIZA: 1 3 2 4 1 4 3 1 1 6 4 1 1

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Javier rodriguez C.C. 7727617 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cr 7W AV 26 HASTA: clinica Fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: 06:32 EL TIZON

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFY 370

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Robinson Cayedes Vargas IDENTIFICADO CON C.C. No. 7708677 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT 900.324.272-2 FRANCISCO ANDRES ROJAS REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

9

Soludoser S.A.S. Nit. 900.324.272-2 HISTORIA CLINICA Y AMBULANCIA 31753. SUBSIDIADO

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
DE MAY AB	06 32	06 36	06 46	06 50	R A N V B

No. HISTORIA CLINICA

1er apellido	2do apellido	Nombres
CAVIEDES	VENGAS	ROBINSON

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
04 61 79	M V F	T.I.	C.E.		1 70867	Años / Meses / Días

RESIDENCIA ACTUAL					
Direccion: ANTONIO NARIÑO	Barrio: NUEVO NARIÑO	Municipio: NEIVA			
Departamento: HUILA	Pais: COLOMBIA	Telefono 3142413408 1324			

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN			ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No.		
CY 7W AV 26	Residencia		Trabajo		PREVISORA	1431641-1	Estudiantil	
	Vía publica	V	Otros			EPS-C COMFAMILIAR	Prepagada	
	Comercio		Cual:		Placa: XBY-68C	EPS-S		Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO							
	X	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catástrofe	
		Accidente Laboral		Lesion por agresión		Otro	
		Accidente Comun		Enfermedad General			

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: PTE QUE IBA COMO CONDUCTOR DE MOTO Y COLISIONA CON OTRO MOTO

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

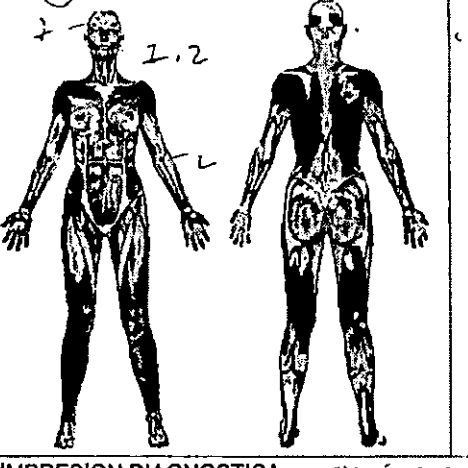
Ultimo Alimento: NO horas | Embarazo | SI | | NO | X

Cirugías

EXAMEN FISICO | TA: 10/7 | FC: 8' | FR: | T°:

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE ESTABLE

RESPIRA SI [X] NO [ ] PULSO SI [V] NO [ ]



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP 1:15 16	V	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	V	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: TX FACIAL ESCORIACIONES

Traslado a: CLINICA SURAMERICANA

Recibido por: DR ROBERTO

Se entrega | Vivo | V | Muerto | | FIRMA

Firma del Paciente

Tipo unidad | TAM

OBSERVACIONES HF4370

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: JOHN YARA

Nombre Conductor: JAVIER MIGUEL

Sergio Díaz Sánchez
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
C.C. 1.075.265.171

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 12-9-18 HORA 0632

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Robinson Cavedes Uengas

IDENTIFICACION 7708677

DIRECCIÓN Antonio Nariño TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3142413408

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (V) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo MOTO Marca Suzuki Placa XBY-68C

Poliza No. 1324-143116411 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Iba que iba como conductor de moto y colisiona con otra moto

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que pór este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

Robinson Cavedes

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 7708677.

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN AÑO	MES	DÍA	DESDE LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2018	07	24	DEL	2018	07	25	DEL	2019	07	24

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CAVIDES CORTES MENDA YADIRA — TELEFONO: 3214499041

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TOMADOR	DE DEPARTAMENTO EXPEDICIÓN	CÓD. EXPEDICIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN
CC	26428496	13	1374	ALGECIRAS

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 7B-2-23 — CIUDAD RESIDENCIA DEL TOMADOR: ALGECIRAS

REEMPLAZA PÓLIZA No.: AT 1324 — 1308004171453000

4143116411

CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/PUESTOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	124

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2013	XBY68C	SUZUKI	BEST 125

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE
F453TH699858	9FSBF45G8DC197348

VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON	TARIFA
9FSBF45G8DC197348	2	0.00	121

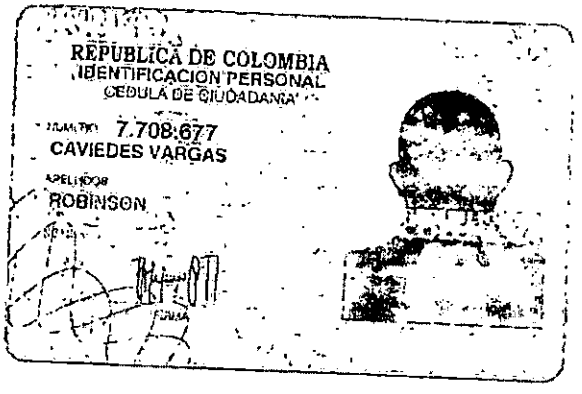
PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FONSAT	IVA 19%	TOTAL A PAGAR
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

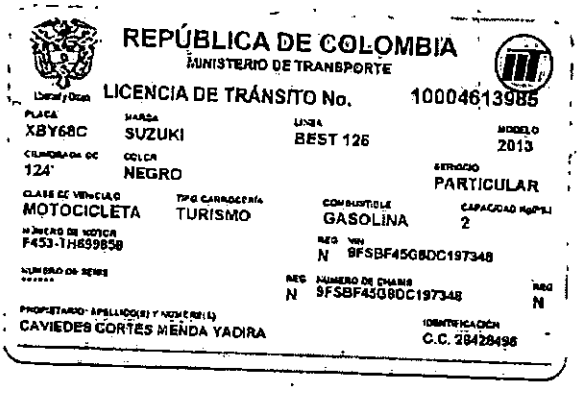
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SMLDV
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 180 SMLDV
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 750 SMLDV
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS — 10 SMLDV
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

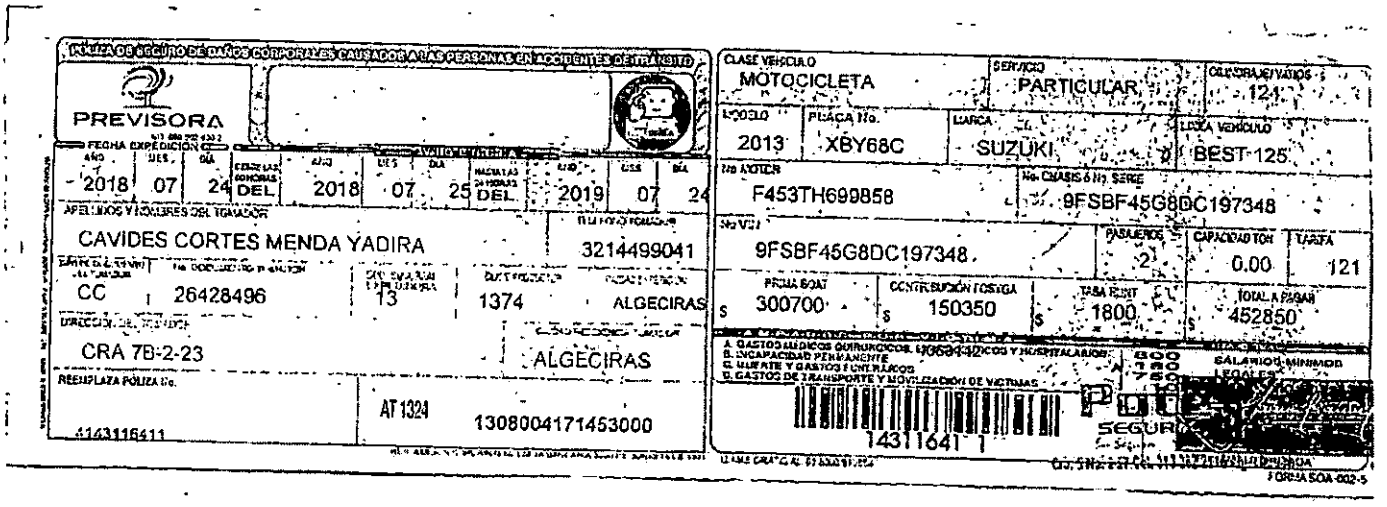
1431641

FORMA SOA-002-5

ORIGINAL







PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: 2018 07 24 — VIGENCIA DESDE: 2018 07 25 — HASTA: 2019 07 24

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: CAVIDES CORTES MENDA YADIRA — 3214499041

CC 26428496 — 13 — 1374 — ALGECIRAS

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CRA 7B-2-23 — ALGECIRAS

REEMPLAZA PÓLIZA No. 4143116411 — AT 1324 — 1308004171453000

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE/VATIOS: 124

MODELO: 2013 — PLACA No.: XBY68C — MARCA: SUZUKI — LÍNEA VEHÍCULO: BEST 125

No. MOTOR: F453TH699858 — No. CHASIS O No. SERIE: 9FSBF45G8DC197348

No. VIN: 9FSBF45G8DC197348 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 300700 — CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 150350 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 452850

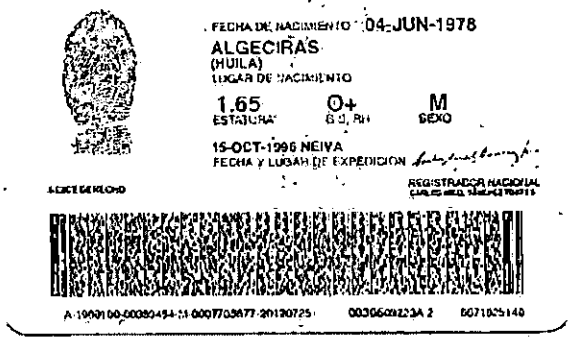
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS: 600
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS

SALARIO MÍNIMO LEGAL ES

14311641 1

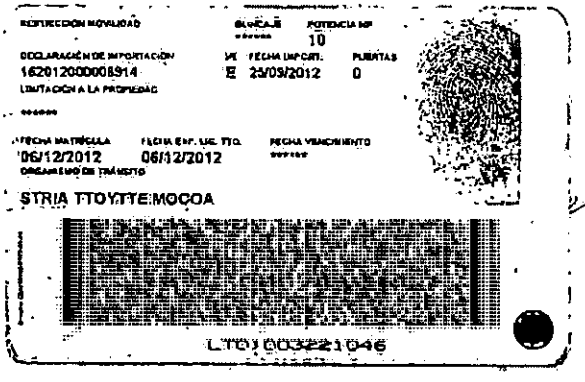
SEGUR

FORMA SOA-002-5



FECHA DE NACIMIENTO: 04-JUN-1978
ALGECIRAS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA — O+ G. S. RH — M SEXO
15-OCT-1996 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-1900100-00080494-M-0007703877-20130725 0036609223A 2 8071025140



RESTRICCIÓN MOVILIDAD — BLINDAJE — POTENCIA HP: 10
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 162012000008914 — VR — FECHA DIP.CRT. — PUERTAS: E 23/09/2012 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
FECHA MATRÍCULA: 06/12/2012 — FECHA ENT. LIC. TTO.: 06/12/2012 — FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTO Y TTE MOCOA

LTO1003221046

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7708677

ADMISION N_: 57209

NOMBRE: CAVIEDES VARGAS ROBINSON **Num. Id-:** CC 7708677
FECHA NACIMIENTO: 78.06.04 **EDAD:** 40 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18.09.12 **HORA DE INGRESO:** 07:25 **Fecha/Hora de registro:** 18.09.12 07:39
DIRECCION: CR 7 B N 2-23 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3214499041
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.09.12

<< REGISTRO: 07:39:15 >> (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO DE PLACAS XBY68C COLISONA CON OTRA MOTO Y CAE SUFRIENDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS, QUIEN SE ENCONTRADA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES DE SALUD. HASTA QUE APROXIMADAMENTE HACE 30 MIN, PRESENTO UN ACCIDENTE DE TRANSITO EN LA CIUDAD DE NEIVA AL MOVILIZARSE EN SU MOTOCICLETA EN CALIDAD DE CONDUCTOR COLISIONA CONTRA MOTOCICLETA, LO QUE GENERA QUE PIERDA LA ESTABILIDAD Y COLISIONE. GENERANDOLE MULTIPLES TRAUMATISMOS, POR LO QUE DECIDEN REMITIR A NUESTRA INSTITUCION EN AMBULANCIA, AL INGRESO PACIENTE ESTABLE, CON GRADO 1 DE ALICORAMIENTO, SE INGRESA PARA VALORACION DE URGENCIAS.

ANTECEDENTES

—><<18.09.12-07:39:15>>, (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 57209
* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: VASECTOMIA * Alergicios: Niega * FUR: N/A

—><<2018.09.12-19:24:01>>, (DR(A). JHT - JESUS HERNAN TOVAR CARDOZO - C.C. 12127704 - REG. MEDICO: 11771/90 - ANESTESIA)
V.PREANES: 57258

PATOLOGICOS: NEGATIVOS

CARDIOVASCULARES: NEGATIVOS

PULMONARES: NEGATIVOS

QUIRURGICOS: SIMPATECTOMIA, CIRUGIA DE HOMBRO IZQ, VASECTOMIA

ANESTESICOS: 2 ANESTESIAS GENERALES Y UN BLOQUEO

FARMACOLOGICOS: NEGATIVOS

TOXICOS-ALERGICOS: NO REFIERE

OTROS: NEGATIVOS

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

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7708677

ADMISION N_: 57209

NOMBRE: CAVIEDES VARGAS ROBINSON **Num. Id-:** CC 7708677

FECHA NACIMIENTO: 78.06.04 **EDAD:** 40 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.09.12 **HORA DE INGRESO:** 07:25 **Fecha/Hora de registro:** 18.09.12 07:39

DIRECCION: CR 7 B N 2-23 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3214499041

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

SIGNOS VITALES TA: 110/80 FC: 70 FR: 20 Tmp: 36.4 **ESTADO EMBRIAGUEZ:** NO

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

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

LASCERACION PROFUNDA EN LABIO SUPERIOR EN NACIMIENTO DE NARIZ, CON SANGRADO Y DOLOR. ESCORIACION E3N REGION SUPRACILIAR

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

ESCORIACIONES EN AMBOS BRAZOS, QUE NO LIMITA PARA LA FLEXO EXTENCION Y NO IMPRESIONA DOLOR A MOVILIZACION, PULSOS DISTALES PRESENTES, CON ADECUADO LLENADO CAPIPLAR, RESTO DE EXTREMIDADES NORMALES

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

PLAN/CONDUCTA

PACIENTE CON MULTIPLESW LESIONES, CON ESTADO DE ALICORAMIENTO, SE SOLICITA VALORACION POR CX PLASTICA, SE ORDENAN CURACIONES Y SE INICIA MEDICACION.

** OTROS:

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7708677

ADMISION N_: 57209

NOMBRE: CAVIEDES VARGAS ROBINSON **Num. Id-:** CC 7708677

FECHA NACIMIENTO: 78.06.04 **EDAD:** 40 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.09.12 **HORA DE INGRESO:** 07:25 **Fecha/Hora de registro:** 18.09.12 07:39

DIRECCION: CR 7 B N 2-23 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3214499041

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

SE SOLICITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

- TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 3 50 MG IV CADA 8 HRS
- CEFRADINA X 1GR AMPOLLAS VITALIS CANT: 4 1 GR IV CADA 6 HRS
- CLORURO SODIO AL 0.9X100ML FRESENIUS CANT: 7 PARA DILUIR MEDICAMENTOS MEDICAMENTOS
- LACTATO RINGER BOL X 500ML BAXTER CANT: 2 PASAR 1000 CC EN 24 HRS
- DIETA NORMAL
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACION
- ADMINISTRAR LEV Y VIGILAR SIGNOS DE FLEBITIS
- REALIZAR CURACIONES DE HERIDAS/ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- PENDIENTE VALORACION POR CX PLASTICA
- CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, AVISAR CAMBIOS

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S068 - OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S017 - HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S500 - CONTUSION DEL CODO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 12:51:12 >> (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

PACIENTE CON HISTORIA ANOTADA, QUIEN VA A SER PASADO A SALAS DE CX PARA SER VALORADO POR CX PLASTICA POR ORDEN DE ELLOS, SE ABRE FOLIO PARA CARGAR EGRESO

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: CIRUGIA
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.09.12-12:51:06 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

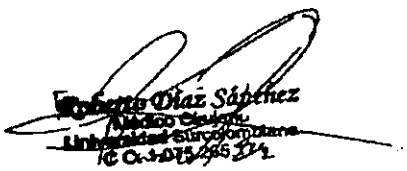
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: CIRUGIA **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.09.12 **HORA DE EGRESO:** 12:51:06 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. ROBERTO DIAZ SANCHEZ
Registro Medico: 1075265171

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12822

ENTIDAD RESPONSABLE		TIPO CONTRATO	ORDEN SS	FECHA	HORA
CONSORCIO PREVISORA S.A.	860002400 AT1324	EVENTO	1-12495	NEIVA 23-Oct-2018	14:21:47
DIRECCION CRA 5 # 11-01	NEIVA	TELEFONO 8711773		FECHA VENCIMIENTO 2018-11-22	
CONTRATO/PLAN		REGIMEN	Observaciones:		
01 SOAT		OTRO REGIMEN	PACIENTE ZAMORA TRUJILLO JHON EDIN		

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON

Item	Descripcion del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1075293904	ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE. ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON	at1324139988122	1.0	260,414	260,414

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
30 OCT 2018
Centro de Acopio

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

FORMA PAGO: CREDITO

	Cantidades	Sub total	Total a Pagar
FC	1.00	260.414	260.414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

NIT: 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

15

Soldiser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 18089 129 95

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | N.I. — Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica [X] — Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. HEV 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido [X] C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075293904	JHON	COLSON	ZAMORA	TAFUR
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] — Evento Catastrofico [ ] — Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección CRA 19 CLL 12 — Zona [U] [R]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 05 09 2013 A las 14 30

Nombre IPS que atendió la victima clinica fracturas ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4100100 46601

Dirección CL 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido sometida con anterioridad a ninguna otra entidad por las sumas reclamadas.

Dr. Angelo Tovar
Médico Cirujano
C.C. 7226132 - R.M. 368

ANGELO TOVAR
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC: 7226132
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT 900 324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

17996

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

	AÑO	MES	DIA
FECHA:	18	09	03

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: JLB45E

No. DE POLIZA: 1924139988122

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Gustavo Camilo Perdomo C.C. 1075253271 DE Neiva Hvla

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 19 C11 19 HASTA: Clinica Fracturas ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: 16+47

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFL906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR JHON EDINSON Tamara Trujillo IDENTIFICADO CON C.C. No. 1075293904 DE Neiva Hvla

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

SALUDLASER S.A.S
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S. NIT. 900.324.272-2

HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA

31537

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
06 09 18	16:47	16:54	17:00	17:06	R [X] N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Zamora	Trujillo	Jhon Edinson	1075293904

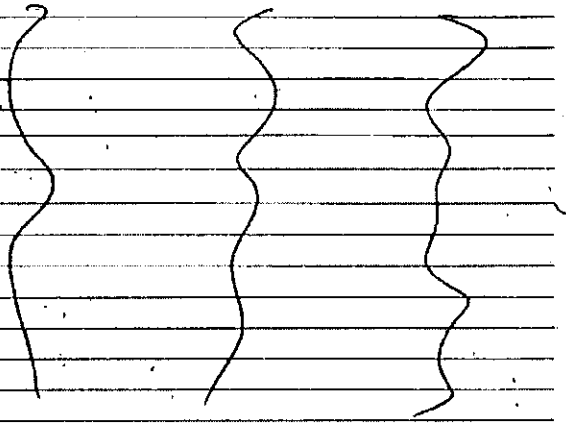
FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
26 04 1996	M [X] F [ ]	T.I. [ ]	C.E. [ ]		1075293904	Años / Meses / Días

RESIDENCIA ACTUAL				
Direccion:	Cll 19 N 39-37	Barrio: Guaduales	Municipio: Neiva	
Departamento:	Huila	Pais: Colombia	Telefono	3133334665

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN					ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No.		
CRA 19 Cll 72	Residencia	[ ]	Trabajo	[ ]			Estudiantil	[ ]
	Via publica	[X]	Otros	[ ]	Previsora	EPS-C	Prepagada	[ ]
	Comercio	[ ]	Cual:		Placa: [illegible] BUSE	EPS-S [ ]	Vinculado	[ ]

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
[X]	Accidente Tránsito	[ ]	Terrorismo	[ ]	Catástrofe
[ ]	Accidente Laboral	[ ]	Lesion por agresión	[ ]	Otro
[ ]	Accidente Comun	[ ]	Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente que iba como conductor de motocicleta el cual se accidenta al colisionar con otro moto.



Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

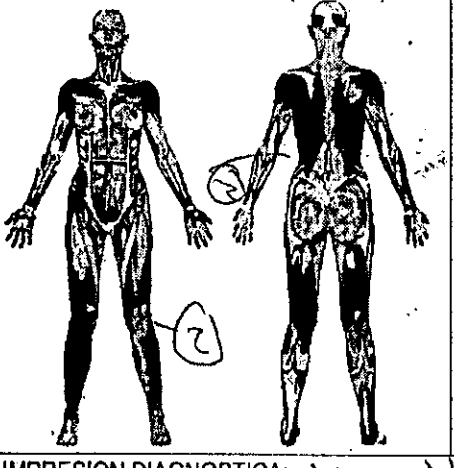
Ultimo Alimento: horas | Embarazo | SI [ ] | NO [ ]

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO | TA: 106/64 | FC: 74 | FR: 17 | T: 36

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE: Consciente, Alerta, orientado.

RESPIRA SI [X] NO [ ] | PULSO SI [X] NO [ ]



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

[ ]	Collar Cervical	[ ]	RCCP	[X]	Monitoreo
[ ]	Aspiración	[ ]	Hemostasia	[ ]	Liquidos I.V.
[ ]	Oxigenación	[ ]	Inmovilizacion MsSs	[X]	Asepsia
[ ]	Intubacion	[ ]	Inmovilizacion MsIs	[ ]	Otro:
[ ]	Ventilación	[ ]	Inmovilizacion Total	[ ]	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Tx rodilla izquierda
Tx codo izquierdo.

Traslado a: Clinica de fracturas.

Recibido por:

Se entrega | Vivo [X] | Muerto [ ] | FIRMA

Firma del Paciente

OBSERVACIONES: HEV 906

Tipo unidad	TAM	
	TAB	X

Nombre del Medico:	Nombre Auxiliar:	Nombre Conductor:
	Juan Pablo Silva	Cristian Peña

20

SALUDLASER SAS
NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 03-09-2018 HORA 16:47

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Jhon Edinson Zamora Trujillo

IDENTIFICACION 1075.293.904

DIRECCIÓN Cll 19 a N. 39-57 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3133373465

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR (X) PEATON ( ) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa JLB45E

Poliza No. 1324-13998812-2 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente de sexo masculino que iba como conductor de moto el cual colisiona con otra moto accidentalmente.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañías de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

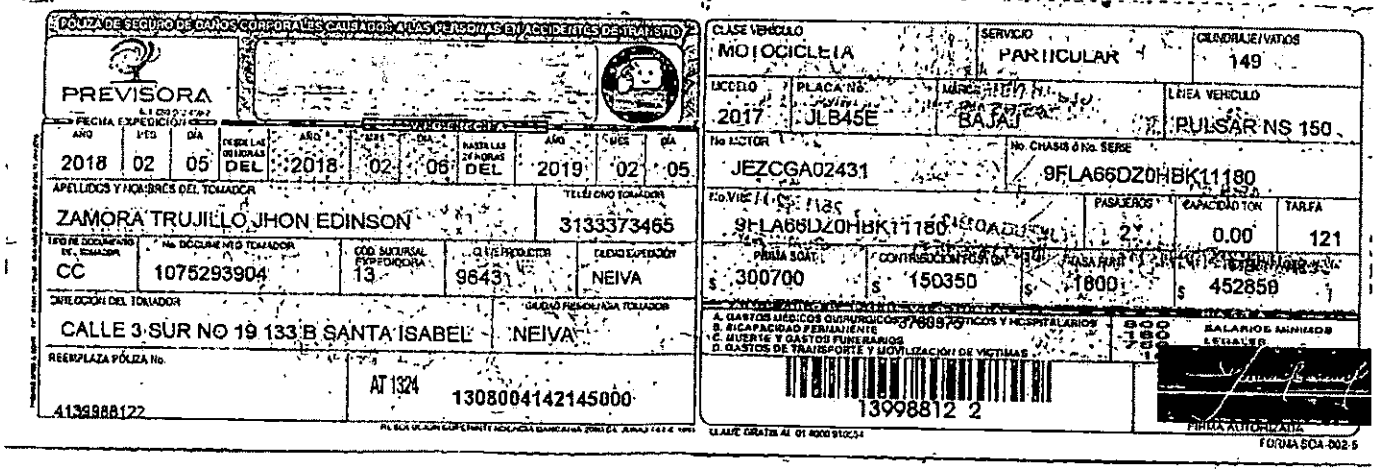
Jhon Edinson Zamora T.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1075293904

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C



PREVISORA

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA EXPEDICIÓN: 2018 02 05 DESDE LAS 24 HORAS DEL

VIGENCIA: DESDE AÑO 2018 MES 02 DÍA 06 HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2019 MES 02 DÍA 05

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON

TELÉFONO TOMADOR: 3133373465

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC

No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075293904

COD. SUCURSAL EXPEDIDORA: 13

COD. PRODUCTOR: 96431

CIUDAD EXPEDICIÓN: NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: CALLE 3 SUR NO 19 133 B SANTA ISABEL

CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4139888122

AT 1324 1308004142145000

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA

SERVICIO: PARTICULAR

CILINDRAJE/VATIOS: 149

MODELO: 2017

PLACA No.: JLB45E

MARCA: BAJAJ

LÍNEA VEHÍCULO: PULSAR NS 150

No. MOTOR: JEZCGA02431

No. CHASIS ó No. SERIE: 9FLA66DZ0HBK11180

No. VIN: 9FLA66DZ0HBK11180

PASAJEROS: 2

CAPACIDAD TON: 0.00

TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 300700

CONTRIBUCIÓN FOSYGA: $ 150350

TASA RUNT: $ 1800

TOTAL: $ 452850

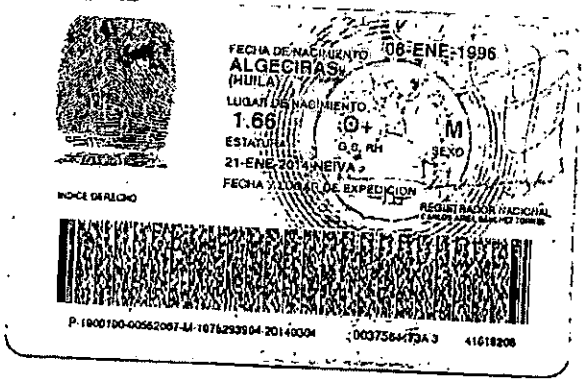
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS
SALARIOS MINIMOS LEGALES

13998812 2

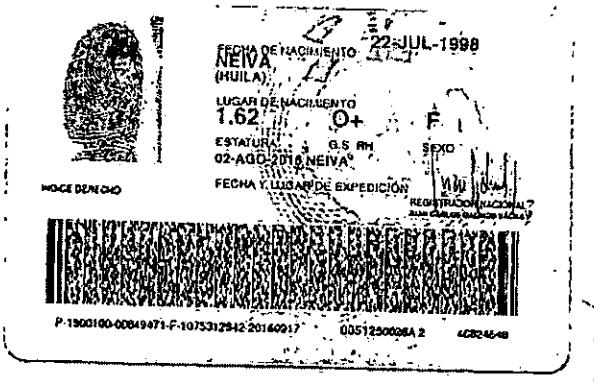
LLAME GRATIS AL 01 4000 910034

FIRMA AUTORIZADA

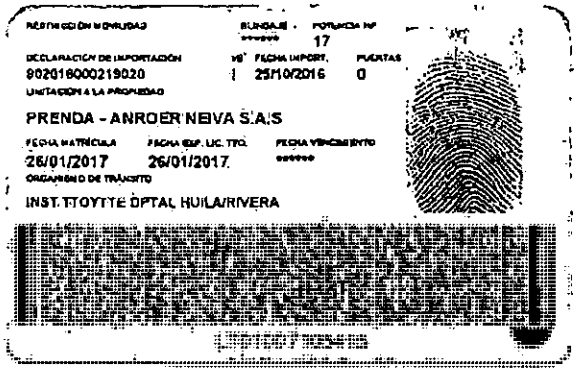
FORMA SOA-002-5



FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1996
ALGECIRAS (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
21-ENE-2014 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-1900100-00562067-M-1075293904-20140004 0037584173A 3 41618206



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1998
NEIVA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
02-AGO-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-1900100-00849471-F-1075312542-20160917 0051250008A 2 40824648



RESTRICCIÓN MOVILIDAD
CILINDRAJE 17
POTENCIA HP
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902016000219020
VR FECHA IMPORT. 25/10/2016
PUERTAS 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - ANROER NEIVA S.A.S
FECHA MATRÍCULA 26/01/2017
FECHA EXP. LIC. TTO. 26/01/2017
FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRÁNSITO
INST. TTO Y TTE DPTAL HUILA/RIVERA

8

PREVISORA

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA EXPEDICION			VIGENCIA							
AÑO	MES	DIA	DESDE LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL	AÑO	MES	DIA
2018	02	05		2018	02	06		2019	02	05

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON — TELEFONO TOMADOR: 3133373465

TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DOCUMENTO TOMADOR	COD SUCURSAL EXPEDIDORA	CATEGORIA	CIUDAD EXPEDICION
CC	1075293904	13	9643	NEIVA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 3 SUR NO 19 133 B SANTA ISABEL — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 4139988122 — AT 1324 — 1308004142145000

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS
MOTOCICLETA	PARTICULAR	149

MODELO	PLACA No.	MARCA	LINEA VEHICULO
2017	JLB45E	BAJAJ	PULSAR NS 150

No. MOTOR	No. CHASIS O No. SERIE
JEZCGA02431	9FLA66DZ0HBK11180

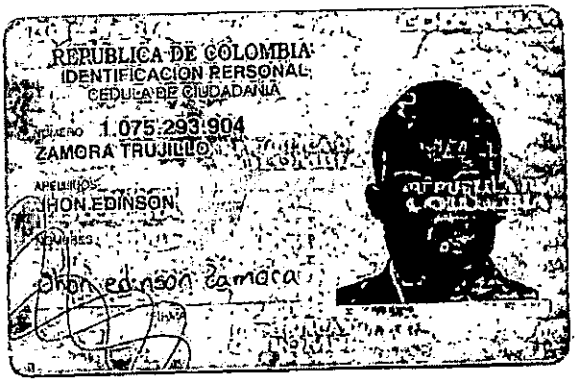
No. VIN	PASAJEROS	CAPACIDAD TON.	TARIFA
9FLA66DZ0HBK11180	2	0,00	121

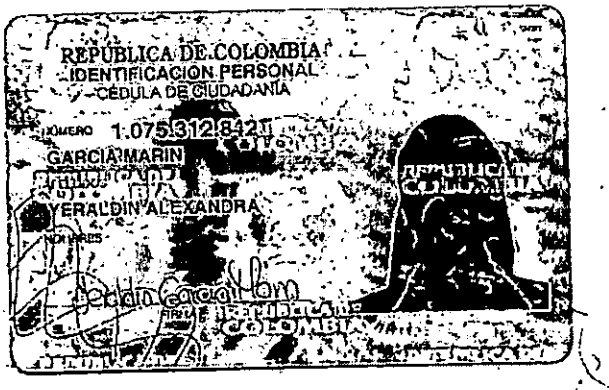
PRIMA SOAT	CONTRIBUCION FOSYGA	TASA RUNT	VALOR ASEGURADO
$ 300700	$ 150350	$ 1800	$ 452850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS 376857 TICOS Y HOSPITALARIOS — 800 SALARIOS MINIMOS LEGALES
B. INVALIDEZ PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 180
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS — 75

13998812 2

LLAME GRATIS AL 01 8000 918564 — FIRMA AUTORIZADA — FORMA SOA-002-S





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10013326176

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
JLB45E	BAJAJ	PULSAR NS 150	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
149	NEGRO NEBULOSA	PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO	TIPO CARROCERIA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/P.SJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERIA	GASOLINA	2

NUMERO DE MOTOR	REG	VIN	
JEZCGA02431	N	9FLA66DZ0HBK11180	

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
9FLA66DZ0HBK11180	N	9FLA66DZ0HBK11180	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN
ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON — C.C. 1075293904

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075293904

ADMISION N_: 56605

NOMBRE: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON Num. Id-: CC 1075293904

FECHA NACIMIENTO: 96.01.06 EDAD: 22 A SEXO:M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.09.03 HORA DE INGRESO: 17:13 Fecha/Hora de registro: 18.09.03 17:17

DIRECCION: CLL 19A NO 39 57 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3133373465

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.09.03

<< REGISTRO: 17:17:57 >> (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS JLB45E QUE COLISIONA CON OTRO MOTOCICLISTA Y CAE SUFRIENDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO EN AMBULANCIA DE SALUDLASER DONDE PERSONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO MULTIPLES TRAUMAS,

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 120/70 FC: 72 FR: 18 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

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

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

ABRASION EN MENTON

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

ABRASION EN HOMBRO IZQUIERDO, ABRASION EN CODO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO, ABRASION EXTENSA EN DORSO D EMUÑECA IZQUIERDA, DOLOR A LA PALPAICON D ELA MUÑECA IZQUIERDA. ABRASION EN DORSO DE MANO IZQUIERDA, DOLOR A LA PALPACION DE LA RODILLA IZQUIERDA, ABRASION EN CARA ANTERIOR DE RODILLA IZQUIERDA, HERIDA LINEAL DE 3 CM EN REGION POPLITEA IZQUIERDA, ABRASION EN CARA LATERAL DE TOBILLO IZQUIERDO, LLENADO CAPILAR DISTAL NORMAL

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

De aspecto normal.

FANERAS

De aspecto normal.

6

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075293904

ADMISION N_: 56605

NOMBRE: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON Num. Id-: CC 1075293904

FECHA NACIMIENTO: 96.01.06 EDAD: 22 A SEXO:M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.09.03 HORA DE INGRESO: 17:13 Fecha/Hora de registro: 18.09.03 17:17

DIRECCION: CLL 19A NO 39 57 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3133373465

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

DIAGNOSTICOS INGRESO

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

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S810 - HERIDA DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

PLAN/CONDUCTA
ANALGESIA
CURACION

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS
RADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA
RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA AP Y LATERAL

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 75 MG IM AHORA
TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 1 50 MG SC AHORA
CURACION DE ABRASIONES EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S819 - HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 18:38:42 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS
RX DE MUÑECA IZQUIERDA SE OBSERVA FRACTURA DE HUESO TRAPECIO
RX DE RODILLA IZQUIERDA SE OBSERVA NORMAL

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075293904

ADMISION N_: 56605

NOMBRE: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON Num. Id-: CC 1075293904
FECHA NACIMIENTO: 96.01.06 EDAD: 22 A SEXO:M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.09.03 18:38
DIRECCION: CLL 19A NO 39 57 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3133373465
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 18:38:54 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA

<< REGISTRO: 19:51:21 >> (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA IMAGEN SUGESTIVA DE FRACTURA DE HUESO TRAPESIO MANO IZQUIERDA CON HERIDA EN PIERNA IZQUIERDA POR LO CUAL SE PASA A SALA DE SUTURA EN EL MOMENTO ESTABLE, PARCIAL CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES ESTABLES, POR AHORA CONTINUAR EN VIGILANCIA CLINICA INTRAHOSPITALARIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
TOXOIDE TETANICO O TETANOL CANT: 1 APLICAR 1 AMP IM AHORA

PASAR A SALA DE SUTURA
PENDIENTE VALORACION POR TRAUMATOLOGIA.
RESTO DE MANEJO IGUAL.

<< REGISTRO: 20:37:14 >> (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA)

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

EVOLUCION
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN PUÑO DERECHO Y RODILLA DERECHA ,
AL EXAMEN FISICO: EDEMA, DOLOR Y ESCORIACION EN PUÑO IZQUIERDO .
RODILLA IZQ ESCORIACION EDEMA YU DOLOR EN CARA ANTERIOR . BUENA MOVILIDAD NO INESTABILIDAD. , , NEUROVASCULAR NORMAL.
RX NORMALES

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075293904

ADMISION N_: 56605

NOMBRE: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON **Num. Id-:** CC 1075293904

FECHA NACIMIENTO: 96.01.06 **EDAD:** 22 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.09.03 20:37

DIRECCION: CLL 19A NO 39 57 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3133373465

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION: _____

OBSERVACION (Inst)

DX: CONTUSIONES Y ESCORIACIONES
PLAN: SALIDA
ANALGESICOS AMBULATORIOS
CONTROL EN 15 DIAS
INCAPACIDAD LABORAL POR 10 DIAS

<< REGISTRO: 22:26:46 >> (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

** DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO **
EN SALA DE:SALA DE SUTURAS
SUTURA
EN SALA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA, ANTISEPSIA Y ANESTESIA LOCAL SE SUTURA HERIDAS EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA IZQUIERDA REGION POSTERIOR CON PROLENE 3/0, TOTAL PUNTOS : 6 SIN COMPLICACIONES.

<< REGISTRO: 22:28:08 >> (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

INGRESA PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO AL INGRESO SE ATIENDE, SE ADMINISTRA ANALGESIA, SE REALIZA CURACIÓN DE ABRASIONES, SUTURA DE HERIDAS SE TOMA RADIOGRAFÍAS ENCONTRÁNDOSE IMAGEN SUGESTIVA DE FRACURA DE HUESO TRAPESOIDE MANO IZQUIERDA, ES VALORADO POR TRAUMATOLOGIA QUIEN DESCARTA LESION EN LIGAMENTOS Y OSEA POR LO CUAL INDICA MANEJO MEDICO DESCARTA FRACTURA AHORA PACIENTE PRESENTA BUENA EVOLUCIÓN, ACEPTABLE CONTROL DEL DOLOR, NO DIFICULTA PARA RESPIRAR, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, GLASGOW 15/15. SIGNOS VITALES TA 125/75 FC: 82 T: 37.0 FR 18 SATO2: 96% ESTABLES, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES, MEDICACIÓN, SIGNOS DE ALARMA, Y CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075293904

ADMISION N_: 56605

NOMBRE: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON **Num. Id-:** CC 1075293904
FECHA NACIMIENTO: 96.01.06 **EDAD:** 22 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.09.03 22:28
DIRECCION: CLL 19A NO 39 57 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3133373465
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

<< REGISTRO: 22:30:22 >> (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** OTROS:
SOLICITAR CONTROL AMBULATORIO EN 15 DIAS CON TRAUMATOLOGIA
** ORDENES MEDICAS:
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. TOTAL 7
1--- CURACIÓN DE HERIDAS EN CASA CON TOQUES DE ISODINE EN ABRASIONES.
2--- EN AREAS DE CONTUSION SIN ABRASIONES COLOCAR HIELO LOCAL INTERMITENTE POR 3 DÍAS CADA 30 MINUTOS TELA DE PROTECCION, LUEGO PAÑOS DE AGUA TIBIA., SIN QUEMARSE.
3-- RECONSULTAR DE INMEDIATO A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE O TEMPERATURA SUPERIOR A 38 GRADOS, EN ÁREA DE TRAUMA PRESENTA SALIDA DE PUS, DOLOR INTENSO EL CUAL AUMENTA, Y NO CALMA CON LA MEDICACION, SE COLOCA ROJO CALIENTE ASOCIADO A EDEMA ABUNDANTE, SANGRADO, ABUNDANTE Y CONTINUO,
4---EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.
5-- REPOSO-- MANTENER MIEMBRO AFECTADO EN ALTO
6-- RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS. EN HERIDAS SUTURADAS..RECONSULTAR DE INMEDIATO SI SE HABREN O DESPRENDEN LOS PUNTOS.
7---TOMAR LA MEDICACION INDICADA Y ASISTIR AL CONTROL PEDIR LA CITA CON TIEMPO.

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CEFRADINA 500 MG CANT: 40 TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS

---SI MUCHO DOLOR TOMAR ACETAMINOFEN/CODEINA TAB DE 325/30 MG CADA 8 HORAS POR 10 DIAS. TOTAL 30 TAB.

<< REGISTRO: 22:30:39 >> (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.09.03-22:30:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: DOCE (12) DIAS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1075293904

ADMISION N_: 56605

NOMBRE: ZAMORA TRUJILLO JHON EDINSON Num. Id-: CC 1075293904
FECHA NACIMIENTO: 96.01.06 EDAD: 22 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.09.03 22:30
DIRECCION: CLL 19A NO 39 57 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3133373465
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS SERVICIO:
FECHA DE EGRESO: 18.09.03 HORA DE EGRESO: 22:30:26 DIAS DE INCAPACIDAD: 12 DIAS
ESTADO A LA SALIDA:
VIVO

Jhoan Albeiro Bazan C.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
RM 1.061.724.214

Dr. JHOAN ALBEIRO BAZAN
Registro Medico: 1061724214

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 12825

NTIDAD RESPONSABLE
PREVISORA S A

TIPO CONTRATO: EVENTO

ORDEN SS: 1-12498

FECHA: NEIVA 26-Oct-2018

HORA: 16 21 14

RECCION: CRA

TELEFONO

FECHA VENCIMIENTO: 2018 11 22

NTRATO/PLAN: SOAT

REGIMEN: OTRO REGIMEN

Observaciones: PACIENTE OSORIO CASTRO ERICA JAQUE

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE: PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE OSORIO CASTRO ERICA JAQUELINE

Item	Descripcion del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1081152264	OSORIO CASTRO ERICA JAQUELINE	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
R001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: OSORIO CASTRO ERICA JAQUELINE	AT1324143686023	1.0	260,414	260,414

Sonya

RECIBIDO
CONSORCIO PREVISORA
30 OCT 2018
Centro de Acopio

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ****************************** ****************

FORMA PAGO: CREDITO

Cantidades	Sub total	Total a Pagar
1.00	260 414	260 414

Autorización Numeración de Facturación 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIÓN

PAG. 1

SALUDLASER SAS
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Saludlaser S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0

ABONO 2 $ 0

GLOSA ACEPT 0

SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18753

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG) | | RG 12498

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C. C.E. P.A. T.I. N. Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Vehículo Placa No. HFU906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1081152264	GRICA	JOHELINE	OSORIO	CASTRO
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 6a Cll 34 Zona U R

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 16 09 2014 A las 11:37 AM

Nombre IPS que atendió la victima clinica fracturas ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4100104661

Dirección cll 18 #665

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 875349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información consignada en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Diana Alexandra A

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diana Alexandra A.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1081419527

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT 900.324.272-2

FRANCISCO FLORES ROJAS REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAM

18753

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG

RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI. — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica: X — Ambulancia Medicada:

Vehículo Placa No.: HFU906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1081152226	CARLOS	JAVIER	OSORIO	CANO
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito: X — Evento Catastrófico: — Evento Terrorista:

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CRA 6a1 C11 34 — Zona: U R

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 16 09 2008 — A las: 17 30

Nombre IPS que atendió la victima: CLINICA FRACTURAS ATEPODIA

NIT: 800110161-9 — Código de habilitación: 410010016601

Dirección: C11 18 #665

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756349

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en esta formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Diego Alexander A.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Diego Alexander A.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CC 8117152

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

925

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18653

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 09 DIA 16

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: PBF22D

No. DE POLIZA: 1324143686023

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Parra Losada C.C. 1075253271 DE Neiva Huila

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 6 un Cll 34 HASTA: Clinica Fracturas ortopedica

TIPO DE TRANSPORTE: 1310

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFL906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Erica Jaqueline Osorio Castro IDENTIFICADO CON C.C. No. 1081152264 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18653

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 09 DIA 16

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO PBF22D

No. DE POLIZA 13241436860 23

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Gustavo Camilo Pava Posada C.C. 1075253271 DE Neiva Huila

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 6 un Cll 34 HASTA: Clinica Fracturas ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE: 1310

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HEU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR ERICA JOHANA OSORIO CASTRO IDENTIFICADO CON C.C. No. 1081152264 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

SALUDLASER S.A.S.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Soludoser S.A.S. NIT 900 326 272 2 — HISTORIA CLÍNICA PREHOSPITALARIA 30486

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
16 Sep 2018	13+10	13+17	13+30	13+37	R A N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Osorio	Castro	Erica Jacqueline	1081152264

FECHA NAC/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
8/Abril/1986	M ☐ F ☒	T.I. ☐	C.E. ☐		1081152264	

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Cll 80N3W-21 — Barrio: Calamary — Municipio: Neiva — Departamento: Huila — Pais: Colombia — Telefono: 3144445550

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN — Residencia ☐ — Trabajo ☐ — Via publica ☒ — Otros ☐ — Comercio ☐ — Cual: — Cra 6W Cll 34

ASEGURADORA RESPONSABLE: Previsora — POLIZA No. 14368602-3 — Placa: PBF 220 — EPS-C Sanitas ☐ — EPS-S ☐ — Estudiantil ☐ — Prepagada ☐ — Vinculado ☐

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO
- ☒ Accidente Tránsito
- ☐ Accidente Laboral
- ☐ Accidente Comun
- ☐ Terrorismo
- ☐ Lesion por agresión
- ☐ Enfermedad General
- ☐ Catástrofe
- ☐ Otro

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenina que iba Cama peaton llevando una moto es colisionada por una moto.

Alergias: No

Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

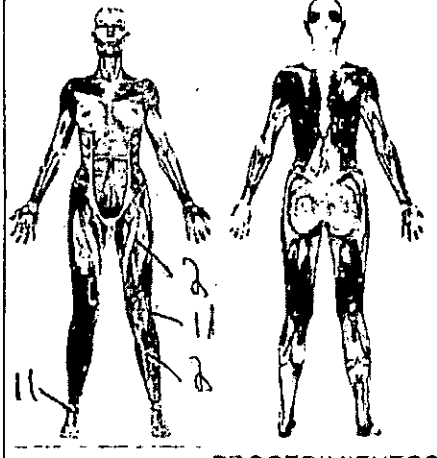
Ultimo Alimento: horas — Embarazo X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO — TA 100/60 — FC 86X — FR 20X — T 36,6

NEUROLÓGICO — PUPILAS D: 3 mm I: 3 mm

R.M:	6	Ordenes	4	Retira	2	Extension
	5	Localiza	3	Flexión anormal	1	No hay
R.V:	5	Orientada	3	Inapropiada	1	No hay
	4	Confusa	2	Incomprensible		
A.O:	4	Espontánea	2	Al dolor	TOTAL	15 /15
	3	Al llamado	1	No hay		



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

REVISED TRAUMA SCORE — 12

Respiratorio	10-29	>29	6-9	1-5	0
	4	3	2	1	0
PA sistólica	>89	76-89	50-75	1-49	0
	4	3	2	1	0
Glasgow	13-15	9-12	6-8	4-5	3
	4	3	2	1	0

PROCEDIMIENTOS

☐	Collar Cervical	☐	RCCP	☒	Monitoreo
☐	Aspiraciòn	☐	Hemostasia	☒	Liquidos I.V.
☐	Oxigenaciòn	☐	Inmovilizacion MsSs	☒	Asepsia
☐	Intubacion	☐	Inmovilizacion Msts	☐	Otro:
☐	Ventilaciòn	☐	Inmovilizacion Total	☐	

IMPRESION DIAGNOSTICA: Abrasion en pierna y muslo izquierdo TX rodilla izquierda TX en tobillo derecha

Traslado a: Clinica de fracturas

Recibido por:

Se entrega

Firma del Paciente

Dra. Ana María Lobo Médico General RM 1081667678

Tipo unidad — TAM — TAB X

OBSERVACIONES: HFU906

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Bragan Auxiliar

Nombre Conductor: Cristian Peña

9

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 16/09/18 HORA 13:10

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Erica Jaqueline Osorio

IDENTIFICACION 1081152264

DIRECCIÓN Cl 86 N3W-21 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3144495550

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON (X) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca _____ Placa PBF 22D

Poliza No. 1436860 2-3 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente femenina que iba como peatón llevando una moto dañada es collisionada por una moto.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: _____

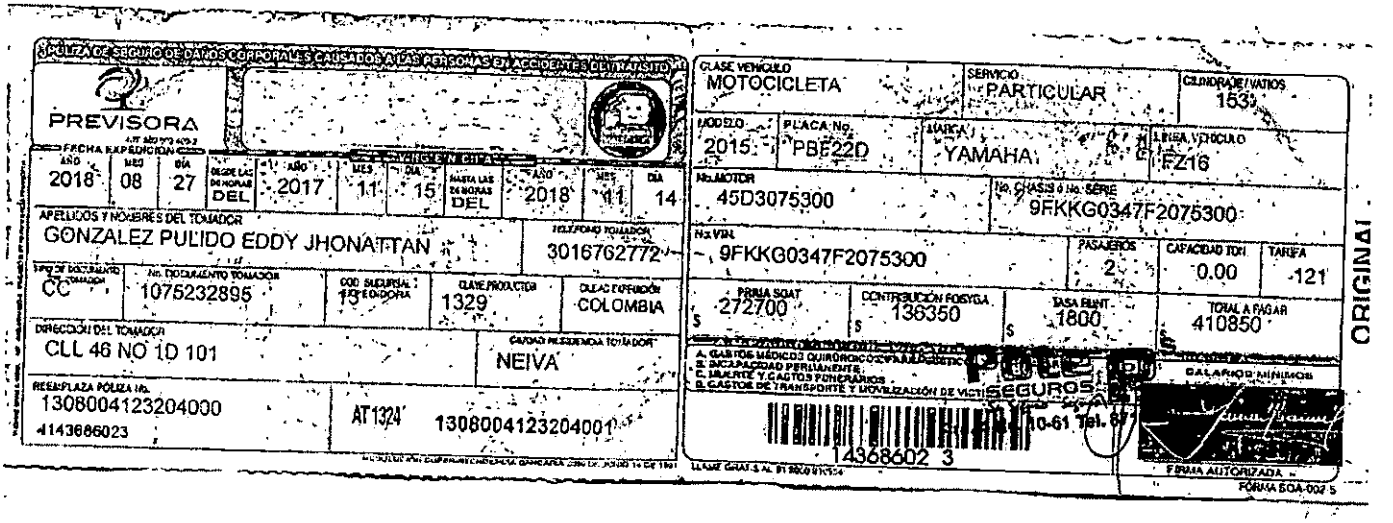
En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1081152269

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C _____



PREVISORA

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

ORIGINAL

FECHA EXPEDICIÓN	2018 / 08 / 27
VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL	2017 / 11 / 15
VIGENCIA HASTA LAS 24 HORAS DEL	2018 / 11 / 14
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	GONZALEZ PULIDO EDDY JHONATTAN
TELÉFONO TOMADOR	3016762772
TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR	CC
No. DOCUMENTO TOMADOR	1075232895
COD SUCURSAL EXPEDIDORA	15
CLASE PRODUCTO	1329
DEPTO EXPEDICIÓN	COLOMBIA
DIRECCIÓN DEL TOMADOR	CLL 46 NO 1D 101
CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR	NEIVA
RESAPLAZA PÓLIZA No.	1308004123204000
	4143666023
	AT1324
	1308004123204001

CLASE VEHÍCULO	MOTOCICLETA
SERVICIO	PARTICULAR
CILINDRAJE / VATIOS	153
MODELO	2015
PLACA No.	PBE22D
MARCA	YAMAHA
LÍNEA VEHÍCULO	FZ16
No. MOTOR	45D3075300
No. CHASIS o No. SERIE	9FKKG0347F2075300
No. VIN	9FKKG0347F2075300
PASAJEROS	2
CAPACIDAD TON	0.00
TARIFA	121
PRIMA SOAT	$ 272700
CONTRIBUCIÓN FOSYGA	$ 136350
TASA RUNT	$ 1800
TOTAL A PAGAR	$ 410850

A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTI

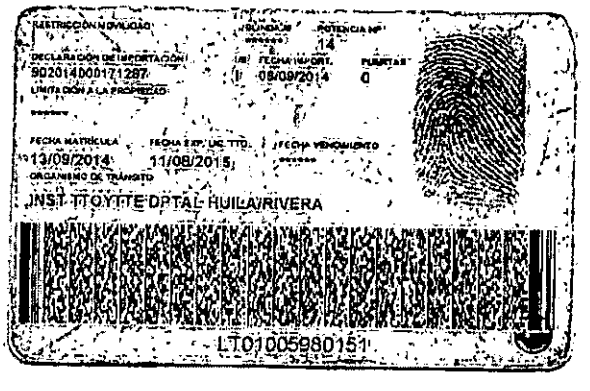
SEGUROS

14368602 3

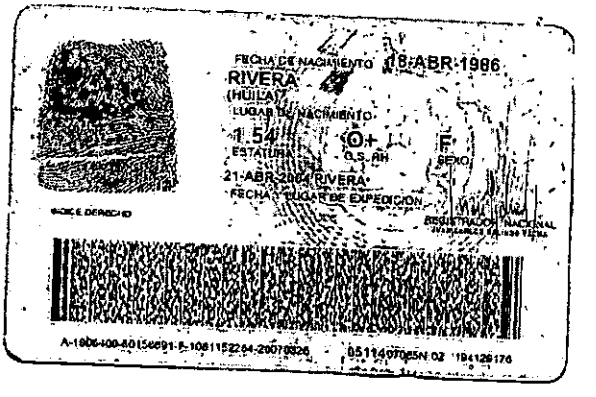
SALARIOS MÍNIMOS

FIRMA AUTORIZADA

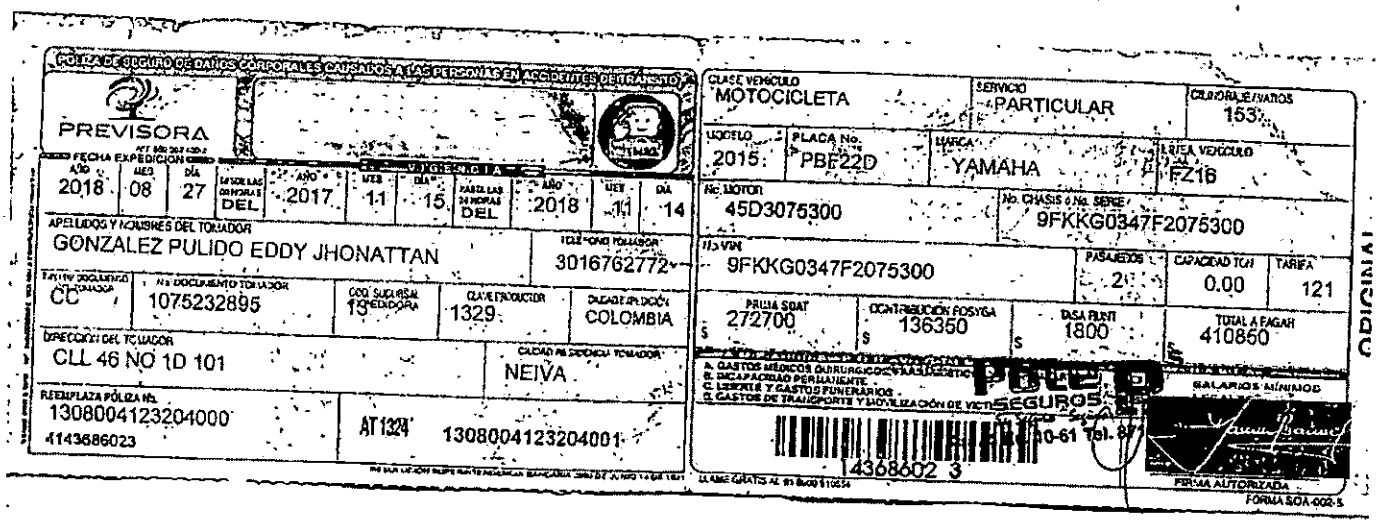
FORMA EGA-002 5



RESTRICCIÓN MOVILIDAD: NINGUNA
CILINDRAJE: 14
POTENCIA HP:
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 900140001712B7
FECHA IMPORT.: 05/09/2014
PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD:
FECHA MATRÍCULA: 13/09/2014
FECHA EXP. LIC. TTO.: 11/08/2015
FECHA VENCIMIENTO:
ORGANISMO DE TRÁNSITO: JNST TTO Y TTE DPTAL HUILA/RIVERA
LT01005980151



FECHA DE NACIMIENTO: 18-ABR-1986
RIVERA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
21-ABR-2004 RIVERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-1806-100-80156691-F-1081152204-20070826
0511407065M 02 194126176



PREVISORA

CONTRATO SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA EXPEDICION: AÑO 2018 MES 08 DIA 27 — DESDE LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2017 MES 11 DIA 15 — HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2018 MES 11 DIA 14

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: GONZALEZ PULIDO EDDY JHONATTAN — TELEFONO TOMADOR: 3016762772

TIPO DOCUMENTO TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075232895 — COD SUCURSAL EXPEDIDORA: 13 — CLAVE PRODUCTOR: 1329 — CIUDAD EXPEDICION: COLOMBIA

DIRECCION DEL TOMADOR: CLL 46 NO 1D 101 — CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA PÓLIZA No.: 1308004123204000 — 4143686023 — AT1324 — 1308004123204001

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE/VATIOS: 153

MODELO: 2015 — PLACA No.: PBF22D — MARCA: YAMAHA — LINEA VEHICULO: FZ16

No. MOTOR: 45D3075300 — No. CHASIS o No. SERIE: 9FKKG0347F2075300

No. VIN: 9FKKG0347F2075300 — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 272700 — CONTRIBUCION FOSYGA: $ 136350 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 410860

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS Y TERAPEUTICOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

SEGUROS — Tel. 87 10-61

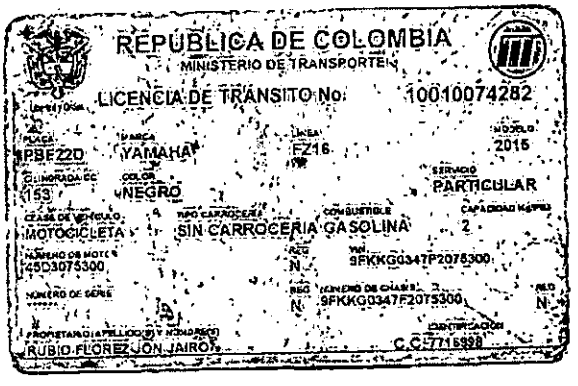
SALARIOS MINIMOS

14368602 3

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-5

ORIGINAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No: 10010074282

PLACA: PBF22D — MARCA: YAMAHA — LINEA: FZ16 — MODELO: 2015

CILINDRADA CC: 153 — COLOR: NEGRO — SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA — TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA — COMBUSTIBLE: GASOLINA — CAPACIDAD KILOS: 2

NUMERO DE MOTOR: 45D3075300 — VIN: 9FKKG0347P2075300

NUMERO DE SERIE: — CONSECUTIVO DE CHASIS: 9FKKG0347F2075300

PROPIETARIO (APELLIDOS Y NOMBRES): RUBIO FLOREZ JON JAIRO — IDENTIFICACION: C.C. 7716998



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.152.264

APELLIDOS: OSORIO CASTRO

NOMBRES: ERICA JACQUELINE

FIRMA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1081152264

ADMISION N_: 57456

NOMBRE: OSORIO CASTRO ERICA JACQUELINE Num. Id-: CC 1081152264
FECHA NACIMIENTO: 86.04.18 EDAD: 32 A SEXO:F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: 18.09.16 HORA DE INGRESO: 13:45 Fecha/Hora de registro: 18.09.16 13:49
DIRECCION: CLL 80 NO 3 W 21 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3157180951
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.09.16

<< REGISTRO: 13:49:21 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON CUANDO ES REMONTADA POR OTRA EL CUAL PIERDEN ELCONTROL Y CAEN CAUSANDOSE LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA SALUIDLASER, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATONA (VIENE EN LA MOTO MOTANDA AVERIADA) CUANDO OTRA MOTOCIELTA LA TRAE REMONTADA PIERDEN EL CONTROL DE LAS MISMA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

ANTECEDENTES

--><<2018.02.16-08:39:36>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 43549

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: Niega * FUR: N/A

--><<2018.09.16-13:49:21>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 57456

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios:NO REFIERE

--><<18.09.17-12:45:23>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 57529

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 16/09/2018

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 110/80 FC: 75 FR: 20 Tmp: 37 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopio normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

5

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1081152264

ADMISION N_: 57456

NOMBRE: OSORIO CASTRO ERICA JACQUELINE Num. Id-: CC 1081152264
FECHA NACIMIENTO: 86.04.18 EDAD: 32 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: 18.09.16 HORA DE INGRESO: 13:45 Fecha/Hora de registro: 18.09.16 13:49
DIRECCION: CLL 80 NO 3 W 21 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3157180951
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

GENITOURINARIO
No verificado

PELVIS
Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. SE EVIDENCIA ABRASIONES EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, MUSLO IZQUIERDO, RODILLA IZQUIERDA Y PIERNA IZQUIERDA. DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE TOBILLO DERECHO

NEUROLOGICO
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO AP LATERAL Y ROTACI

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

TRAMADOLCLORHID AMP X50MG/AMPO VITALIS CANT: 1 50 MG SC DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S900 - CONTUSION DEL TOBILLO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 14:29:25 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1081152264

ADMISION N_: 57456

NOMBRE: OSORIO CASTRO ERICA JACQUELINE **Num. Id-:** CC 1081152264
FECHA NACIMIENTO: 86.04.18 **EDAD:** 32 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.09.16 14:29
DIRECCION: CLL 80 NO 3 W 21 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3157180951
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

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

EVOLUCION

SE REPORTAN IMAGEN

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIA DE TOBILLO DERECHO: NO SE EVIDENCIA FISURA NI FARCTURA

<< REGISTRO: 14:30:43 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA
FORMULA MEDICA
VALROACION PRIORTARIA POR ORTOPEDIA 17/09/18
RECOMENDACIONES
INCAPCIADAD MEDICA 7 DIAS

<< REGISTRO: 14:34:20 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (HIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

CURACIONES EN CASA CON ISODINE
APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1081152264

ADMISION N_: 57456

NOMBRE: OSORIO CASTRO ERICA JACQUELINE Num. Id-: CC 1081152264
FECHA NACIMIENTO: 86.04.18 EDAD: 32 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.09.16 14:34
DIRECCION: CLL 80 NO 3 W 21 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3157180951
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

** ORDENES MEDICAS:

VALORORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA 17/09/18 1400 HR

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

IBUPROFENO 400 MG CANT. 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H
CEFRADINA 500 MG CANT: 24 TOMAR 1 TAB CADA 6 H

<< REGISTRO: 14:34:44 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.09.16-14:34:27 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: SIETE (7) DIAS

2

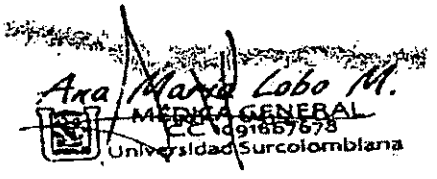
** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.09.16 **HORA DE EGRESO:** 14:34:27 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 7 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. ANA MARIA LOBO
Registro Medico: 1091667678

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE: _____

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 13151

ENTIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324) **TIPO CONTRATO** EVENTO **ORDEN SS** 1-12820 **FECHA** NEIVA, 4-Dic-2018 **HORA** 13:37:37

LA PREVISORA S A.

DIRECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA **TELEFONO** 8711773 **FECHA VENCIMIENTO** 2019.01.03

CONTRATO/PLAN 01 01 SOAT **REGIMEN** OTRO REGIMEN **Observaciones:** PACIENTE: MURCIA PINZON STEFANIA

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: MURCIA PINZON STEFANIA

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1003865306	MURCIA PINZON STEFANIA	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: MURCIA PINZON STEFANIA	AT1324137460562	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017

CONSORCIO PREVISORA
2017

18 DIC 2018

Sorayue

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ******************************** ******************

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorización Numeración de Facturación 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017 PAG. 1

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

SALUDLASER S.A.
NIT 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

N

Salvolaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18364

Fecha de Entrega | | | | | | | | | No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. [X] | N.I. — Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: — Ambulancia Básica [X] — Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No.: HFU906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. [X] | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	TI	1003363106	Stefania		Murcia	Perez
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] — Evento Catastrofico [ ] — Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: Cra 7 con Cll 8 — Zona [X] U [ ] R

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 0 6 | M | 8 | A | A | 6 — A las: 1 6 | H | 2 | M

Nombre IPS que atendió la victima: Clínica de Fracturas y Ortopedia

NIT: 800 113 131-7 — Código de habilitación: 410010066601

Dirección: Cll 19 # 6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756317

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

RM_1 051 128 214

Total folios

Resolución 01915 28 MAYO 2003

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 18364

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG) [ ] RG 12920

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C [ ] C.E [ ] P.A [ ] T.I [X] Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. HFU906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C [ ] C.E [ ] P.A [X] R.C [ ] A.S [ ] M.S [ ]

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	TI	1000386980	Stefania		Murcia	Pinzon
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección cra 7 con cll 8 Zona [X] [R]

Departamento Huila Cod. 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día 04 09 2014 A las 06 20

Nombre IPS que atendió la victima Clínica de Fracturas y ortopedia

NIT 800 110 181-9 Código de habilitación 4100100466 01

Dirección cll 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República, de no ser así, asumo todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por los conceptos reclamados.

Juan A. Buzon
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Médico y Cirujano UNICAUCA

1061719214
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT 900.324.272-2
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL RESPONSABLE

FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Juan Alberto Buzón O.
Médico y Cirujano
UNICAUCA
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

CM-1.061.724.214

Total folios [ ]

11

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18144

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 01 DIA 04

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO 09 V 8 7 L

No. DE POLIZA 1324137460562

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo peña C.C. _____ DE _____

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: C17 con C13 B/ centro HORA 9:32 HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFO 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Stefania Murcia Pinzon IDENTIFICADO CON C.C. No. 1023 865 306 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

940

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18144

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 09 DIA 04

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO 09 V8 7E

No. DE POLIZA 13241374605622

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo peña C.C. _____ DE _____

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cr7 con cll8 B/ centro Hora'os 52 HASTA: Clinica de fracturas y ortopedia

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU 906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Stefania Murcia Pinzon IDENTIFICADO CON C.C. No. 1003 865306 DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

Solidaser S.A.S. NIT. 800.324.272-2

HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA

31706

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
04 MAY 2008	05:52	05:56	06:10	06:26	R A N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Huerta	Pinzon	Stefania	1.003.865.306

FECHA NACTO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
09 02 2003	M F X	T.I. X	C.E.		1003865306	Años 15 Meses Dias

RESIDENCIA ACTUAL	Direccion:	Cl 64 26A-50	Barrio:	Gaitas	Municipio:	Ibague
	Departamento:	Huila	Pais:	Colombia	Telefono	3143280000

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN					ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No		
Cr 7 con Cll 8	Residencia		Trabajo		PREVISORA.	1324-1874605	Estudiantil	
Bl centro.	Via publica	X	Otros			EPS-C Ponal X	Prepagada	
	Comercio		Cual:		Placa: OQV87E.	EPS-S	Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO						
	X	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catástrofe
		Accidente Laboral		Lesion por agresión		Otro
		Accidente Comun		Enfermedad General		

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Victima que se movilizaba como ocupante de motocicleta de placa OQV87E, el cual por no colisionar con otro moto pierde el control y cae, sufriendo accidente de Transito.

Alergias: NO

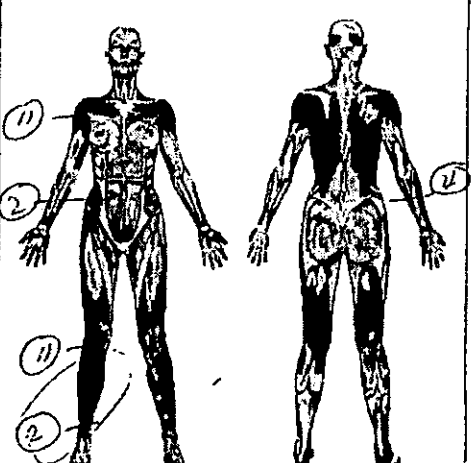
Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

Ultimo Alimento: — horas | Embarazo | SI | NO X

Cirugias: NO

EXAMEN FISICO | TA. 110/60 | FC: 60 | FR: 20 | T°: 36°



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE Consciente

Alerta - Orientado

RESPIRA SI X NO | PULSO SI X NO

PROCEDIMIENTOS					
	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: T/C + abrasion en cabeza Derecha + contusion.

Traslado a: Clinica de Fracturas y ortopedia

Recibido por: Dr Aguilar

Se entrega | Vivo X | Muerto

Firma del Paciente

Dr. Jhoan Alberto Bazan Cipriano
Tipo Medico: AMBULANCIA
Unidad M | TAB

OBSERVACIONES Movil 2
PARCC HFU 906

Nombre del Medico:	Nombre Auxiliar:	Nombre Conductor:
	Don Pablo	Cristian Pena

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A NO 6-46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 04- 09- 2018 HORA 05:52

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Stefania Murcia Pinzon

IDENTIFICACION 1.003.865.306

DIRECCIÓN Cr 6H26A-50. Granjas TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3143280102.

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Motocicleta Marca — Placa DQV87E

Poliza No. 1324-1374 6056-2 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Usuaria que se movilizaba como ocupante de motocicleta de placas DQV87E, el cual el conductor por no colisionar con otra moto frena y pierde el control y cae accidentandose.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que pór este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

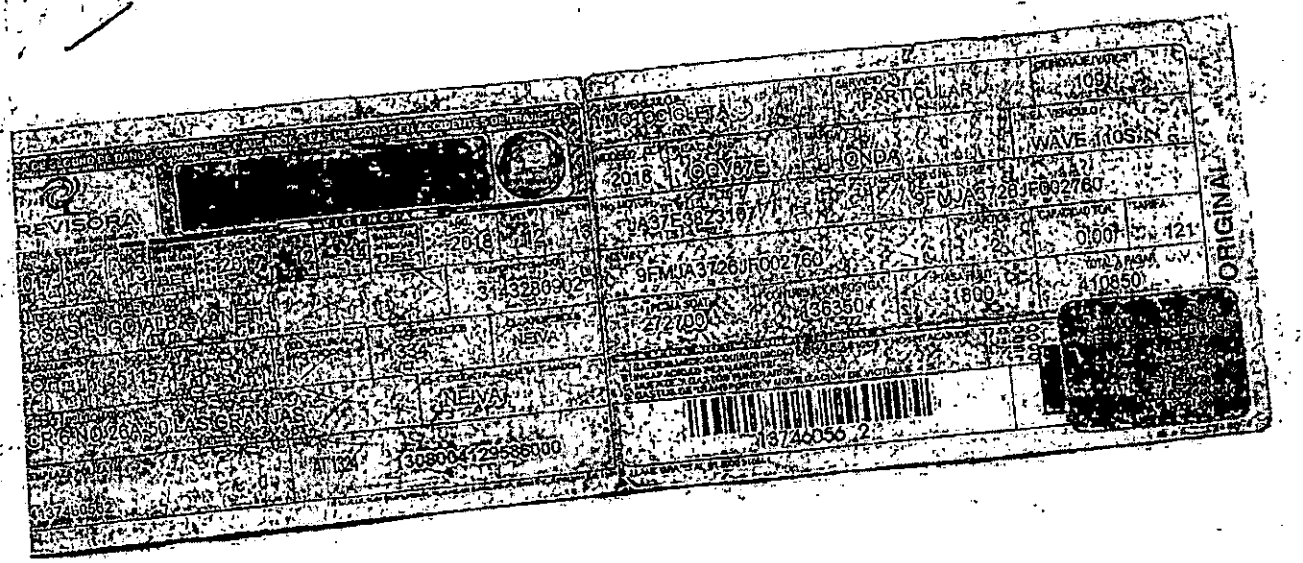
STEFANIA MURCIA PINZON.

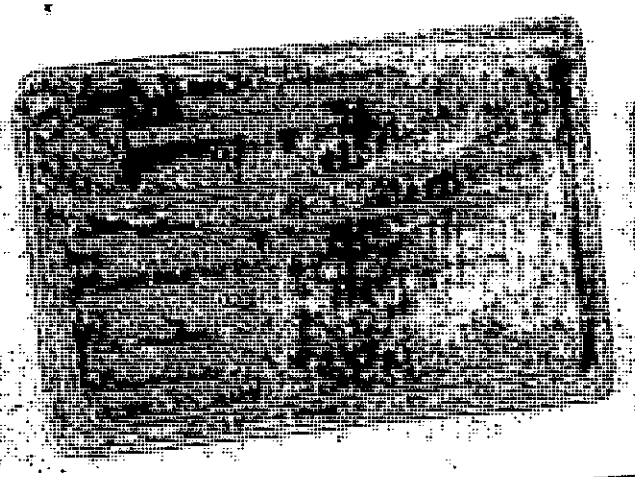
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

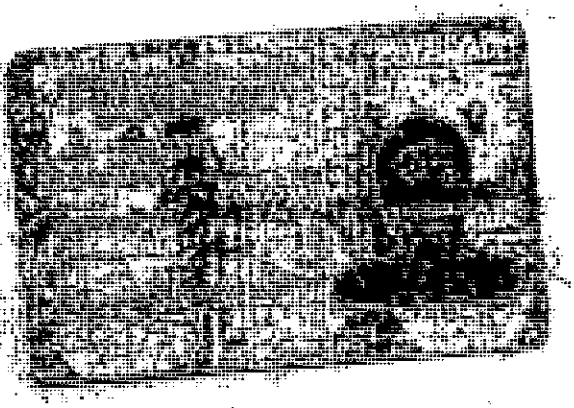
C.C 1003865306

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

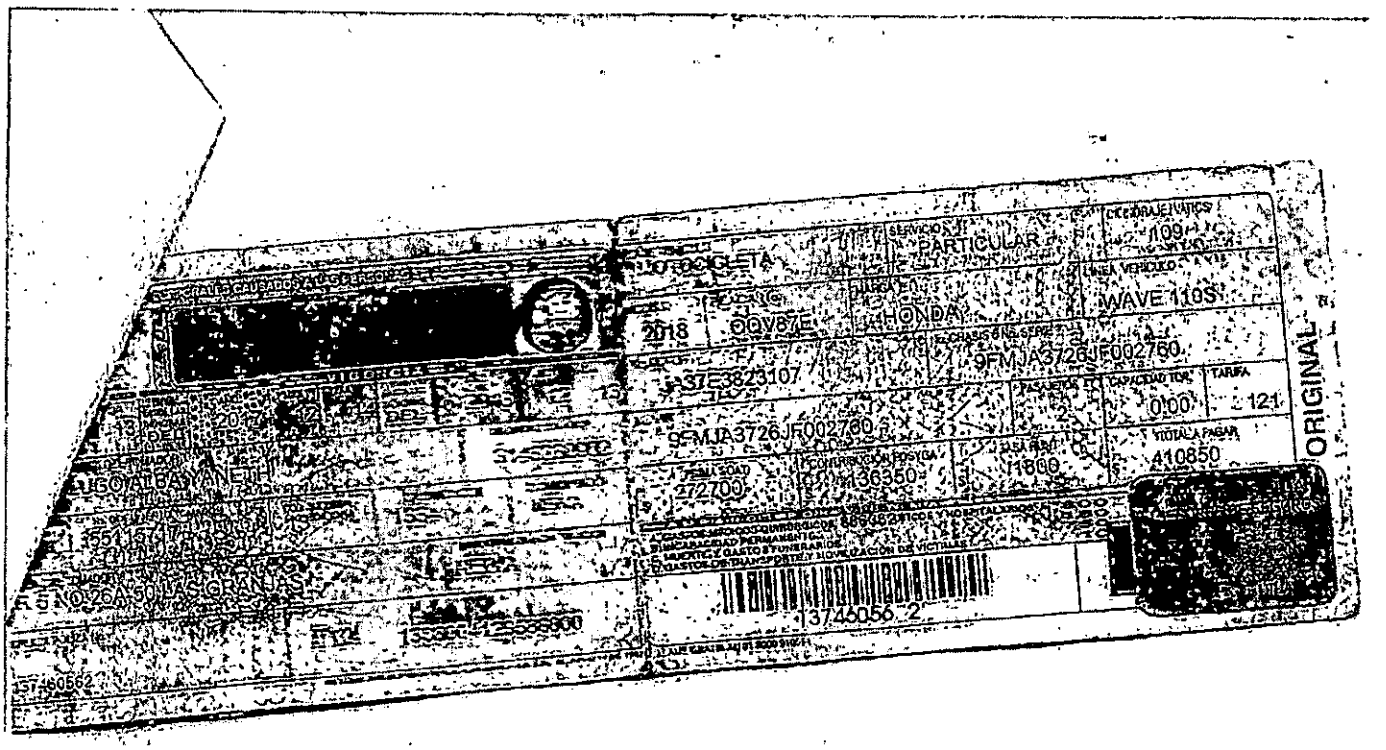
C.C

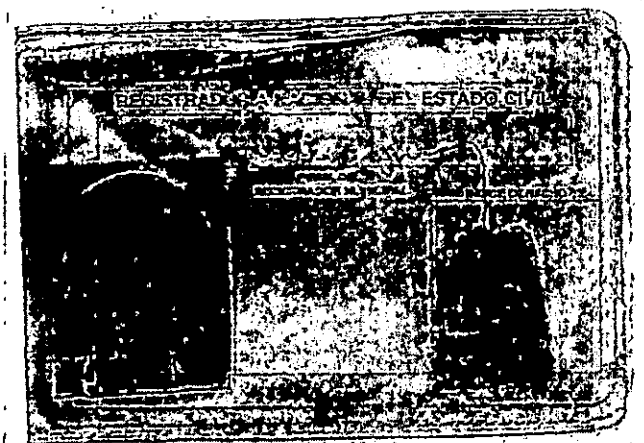

REVISORA
ORIGINAL
PARTICULAR
WAVE 110S
HONDA
2018
NEIVA
LAS CRANJAS
SAS LUGO ALBAYANETH
ROBAS LUGO ALBAYANETH

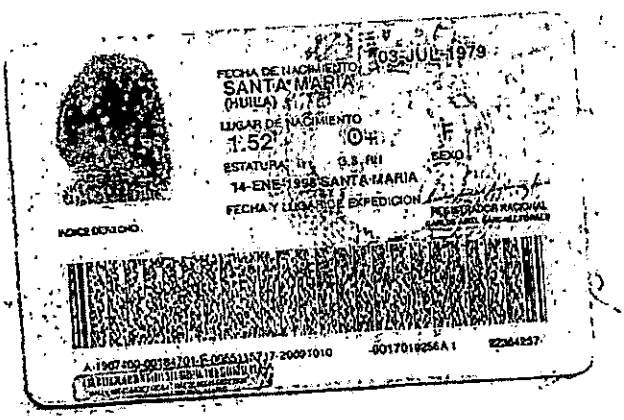


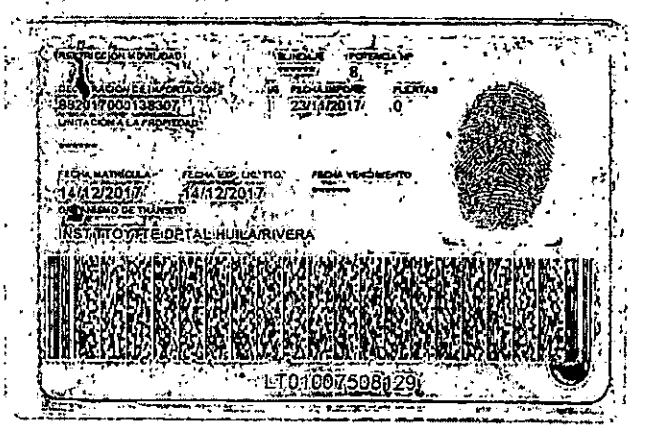



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRANSITO No. 10015208492
WAVE 110S
2018
HONDA
PARTICULAR
ROJO
SIN CARROCERIA
GASOLINA
MOTOCICLETA
ROBAS LUGO ALBAYANETH


MOTOCICLETA
PARTICULAR
2018
HONDA
WAVE 110S
9FMJA3726JF002760
37F3823107
0000
121
410850
ORIGINAL


REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL


09-JUL-1979
SANTA MARIA
(HUILA)
1.52
O+
F
14-ENE-1998 SANTA MARIA


14/12/2017
14/12/2017
INSTITUTO TEC DPTAL HUILA RIVERA
LT0100750812

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

10003865306

ADMISION N_: 56638

NOMBRE: MURCIA PINZON STEFANIA Num. Id-: TI 10003865306

FECHA NACIMIENTO: 10.05.09 EDAD: 8 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.09.04 HORA DE INGRESO: 06:36 Fecha/Hora de registro: 18.09.04 06:44

DIRECCION: CR 6 # 26 A 50 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3142380902

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.09.04

<< REGISTRO: 06:44:29 >> (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTO DE PLACAS OQV8E POR NO CHOCAR CON OTRA MOTO PIERDEN EL CONTROL Y CAEN SUFRIENDO LESIOES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR AMBULANCIA DE SALUD LASER EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ALBA ROSA LUGO QUIEN LA ACOMPAÑA EN LA CONSULTA. VALORADO A LAS: 6+26 HORAS REFIERE QUE FUE VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO HACE APROXIMADAMENTE 24 MINUTOS PREVIO AL INGRESO A ESTE CENTRO DE SALUD . SUFRIENDO MÚLTIPLES TRAUMAS AL CAER. AHORA CON DOLOR EN PELVIS Y ANTEBRAZO DERECHO NIEGA TRAUMA: EN CABEZA, CUELLO, TORAX, ABDOMEN, SIN PÉRDIDA DEL NIVEL DE CONCIENCIA RECUERDA EL EVENTO.

ANTECEDENTES

—><<2018.09.04-06:44:29>>, (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)
H.U. 56638

* Patologicos: SINUSITIS * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: VANCOMICINA * FUR: N/A

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 110/70 FC: 89 FR: 18 Tmp: 37 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos rítmicos sin sopios, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, DOLOR PALPACION

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

10003865306

ADMISION N_: 56638

NOMBRE: MURCIA PINZON STEFANIA **Num. Id-:** TI 10003865306

FECHA NACIMIENTO: 10.05.09 **EDAD:** 8 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.09.04 **HORA DE INGRESO:** 06:36 **Fecha/Hora de registro:** 18.09.04 06:44

DIRECCION: CR 6 # 26 A 50 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3142380902

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (inst)

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas,DOLOR PALPACION LIMITACION FUNCIONAL EN ANTEBRAZO DERECHO , perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

ABRASIONES EN CODO, CADERA MANO RODILLA PIERNA DERECHA

FANERAS

De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO

S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

DIAGNOSTICO RELACIONADO 4

T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

PLAN/CONDUCTA

PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN EL MOMENTO CON SIGNOS VICTALES ESTABLES CON DOLOR EN ANTEBRAZO DERECHO Y PELVIS POR LO CUAL SE INDICA ANALGESICO, CURACION DE ABRASIONES Y ESTUDIOS SEGÚN RESULTADO SE DEFINIRA NUEVA CONDUCTA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES PRESENTES ESTADO ACTUAL Y MANEJO A SEGUIR.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE PELVIS
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO DERECHO

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

DICLOFENACO 75MG AMP BIOSTERIL CANT: 1 APLICAR 1 AMP IM AHORA

- DIETA NORMAL.
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES .
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR .
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

4

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

10003865306

ADMISION N_: 56638

NOMBRE: MURCIA PINZON STEFANIA **Num. Id-:** TI 10003865306
FECHA NACIMIENTO: 10.05.09 **EDAD:** 8 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18.09.04 **HORA DE INGRESO:** 06:36 **Fecha/Hora de registro:** 18.09.04 06:44
DIRECCION: CR 6 # 26 A 50 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3142380902
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S300 - CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S501 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS

DIAGNOSTICO RELACIONADO 4
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 07:34:23 >> (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
REPORTE DE PARACLINICOS

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS
RX DE PELVIS: NORMAL, SIN ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA OSEA EVIDENTE

RX DE ANTEBRAZO: NORMAL, SIN FRACTURAS, NI PERIDAS DE LA CONTINUIDAD

<< REGISTRO: 07:37:42 >> (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA

** OTROS:

SE SOLICITA VALORACION ABIERTA POR ORTOPEDIA POR LA CONSULTA EXTERNA, PREVIA AGENDA

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

10003865306

ADMISION N_: 56638

NOMBRE: MURCIA PINZON STEFANIA **Num. Id-:** TI 10003865306

FECHA NACIMIENTO: 10.05.09 **EDAD:** 8 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.09.04 07:37

DIRECCION: CR 6 # 26 A 50 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3142380902

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HRS, SI PRESENTA DOLOR

SALIDA
AINES
CONTROL POR ORTOPEDIA ABIERTO
INCAPACIDAD MEDICA
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
ACETAMINOFEN 500 MG CANT: 20 TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HRS SI PRESENTA DOLOR

<< REGISTRO: 07:38:15 >> (DR(A). RDS - ROBERTO DIAZ SANCHEZ - C.C. 1075265171 - REG. MEDICO: 1075265171 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.09.04-07:37:47 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CINCO (5) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.09.04 **HORA DE EGRESO:** 07:37:47 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 5 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO

Roberto Diaz Sánchez
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
RC C.C. 1.075.265.171

Dr. ROBERTO DIAZ SANCHEZ
Registro Medico: 1075265171

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 13161

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A			EVENTO	1-12830	NEIVA, 4-Dic-2018	13:51:10
RECCION CRA 5 # 11/01		NEIVA	**TELEFONO** 8711773		**FECHA VENCIMIENTO** 2019.01.03	
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**	
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: PEÑALOSA HERNANDEZ CRISTI	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: PEÑALOSA HERNANDEZ CRISTIAN JOHAN

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1095816827	PEÑALOSA HERNANDEZ CRISTIAN JOHAN	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: PEÑALOSA HERNANDEZ CRISTIAN JOHAN	AT1324139041442	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017
18 DIC 2018

ON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

ORMA PAGO: CREDITO

FC 260.414

Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
1.00	260,414	260,414

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900324272-2
FRANCISCO A. RES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Solidaridad S.A.S.

NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $_____

ABONO 2 $_____

GLOSA ACEPT_____

SALDO 260.414

_____

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | | 19160 No. Radicado [redacted]

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG | | RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C | C.E | P.A | T.I | NI | Numero de documento 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica [X] Ambulancia Medicada [ ]

Vehículo Placa No. NUS 549

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido C.C | C.E | P.A | T.I | R.C | A.S | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito [X] Evento Catastrofico [ ] Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección [illegible] Zona U [ ] R [ ]

Departamento [illegible] Cod. [illegible]

Municipio [illegible] Cod. [illegible]

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D | D | M | M | A | A | A | A A las H | H | M | M

Nombre IPS que atendió la victima [illegible]

NIT [illegible] Código de habilitación [illegible]

Dirección [illegible]

Departamento Huila Cod. 41 Télefono [illegible]

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro bajo gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así asumiré todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Julian Andrés Bermeo Medico y Cirujano C.C. 80.722.744 R.M. 26908

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Julian Andrés Bermeo Medico y Cirujano C.C. 80.722.744 R.M. 26908

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios [ ]

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega D D M M A A A A — 19160 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG) — RG — 12830

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. C.E. P.A. T.I. N.I. (X) — Numero de documento: 900324272-2

Tipo de Servicio — Ambulancia Básica (X) — Ambulancia Medicada ( )

Vehículo Placa No.: NUS 569

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: (X) C.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1075816827	CRISTIAN	JOHAN	PEÑALOZA	HERNANDEZ
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito (X) — Evento Catastrofico ( ) — Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: AV 26 CON CRA 10AW — Zona U (X) R ( )

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D D M M A A A A — A las H H M M

Nombre IPS que atendió la victima: CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

NIT: 800110181-9 — Código de habilitación: 4100100046601

Dirección: cll 08 # 6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8756549

Municipio: Neiva — Cod. 001

Somos representante legal o gerente de la Institución Prestadora de Salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Contraloría de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, podría(n) ser objeto de las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la(s) persona(s) presentada con anterioridad no se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Julian Andrés Berrio Murillo
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL O APODERADO PARA TRAMITE DE ADMISIONES

Julian Andrés Berrio Murillo
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL O APODERADO PARA TRAMITE DE ADMISIONES

C.C. 80.[illegible].744
R.M. 269108

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL O APODERADO PARA TRAMITE DE ADMISIONES

80762744 4

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA NATURAL O DEL APODERADO PARA TRAMITE DE ADMISIONES

FRANCISCO GAVIRIA ESPINOSA ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 19124

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO _____ MES _____ DIA _____

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO _____

No. DE POLIZA _____

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) _____ C.C. _____ DE _____

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: _____ HASTA: _____

TIPO DE TRANSPORTE:

☐ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. _____

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR _____

_____ IDENTIFICADO CON C.C. No. _____ DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

955

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 19124

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 01 DIA 12

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: YJA10A

No. DE POLIZA: 1324139041442

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Haval Mauricio Quesada C.C. 1075250395 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Gv 26 cr 70 AW HASTA: clinica fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: 05:58 triangulo

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. NUS -569

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR cristian Johan Penaloza hernandez IDENTIFICADO CON C.C. No. 1095816827 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

SoloLaser S.A.S. NIT. 900.324.272-2.

HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA

32402

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
12 10 18	05:58	0602	0618	0622	R A N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLÍNICA
Fenaloza	Hernandez	Cristian Johan	1095816827

FECHA NACTO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
28 7 93	M X F	T.I.	C.E.		1095816827	

RESIDENCIA ACTUAL					
Direccion: KM 7 via al PE	Barrio: KM 7 via al PE	Municipio: Fusa			
Departamento: Cund.	Pais: Colombia	Telefono: 317 4297397			

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE	POLIZA No.		
AU 26 CRTO AW	Residencia		Trabajo			Estudiantil	
	Via publica	X	Otros	Previsora	EPS-C Nueva EPS	Prepagada	
	Comercio		Cual:	Placa: SJA 104	EPS-S	Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO							
	X	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catàstrofe	
		Accidente Laboral		Lesion por agresiòn		Otro	
		Accidente Comun		Enfermedad General			

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Arte que iba como pasajero de moto y se caen solos al quitar choca con un camion

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalògicos: NO

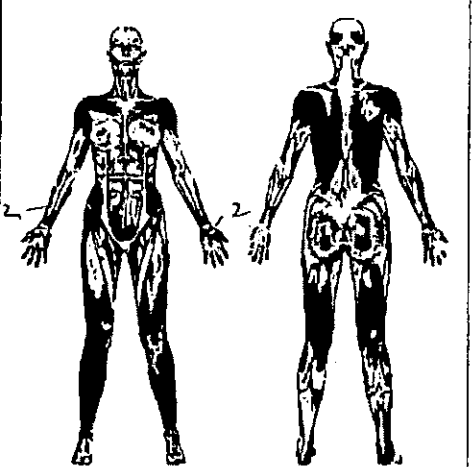
Ultimo Alimento: 20 horas | Embarazo | | | <

Cirugias:

EXAMEN FISICO | TA: 101/79 | FC: 81 | FR: 14 | T°:

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE CONCIENTE

RESPIRA SI [X] NO [ ] PULSO SI [X] NO [ ]



1. Heridas
2. Abrasiòn
3. Hematoma
4. Contusiòn
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputaciòn
10. Avulsiòn
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS 30 7 19

IMPRESION DIAGNOSTICA: ESCONCCIONES

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiraciòn		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenaciòn		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizaciòn Msis		Otro:
	Ventilaciòn		Inmovilizacion Total		

Traslado a: Clinica Fusagasuga

Recibido por: Dr

Se entrega | Vivo [X] | Muerto [ ]

OBSERVACIONES Movil 5
Placa NVS 569

Firma del Paciente

Tipo unidad: BLS [ ] ALS [X]

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Brayan Ortiz

Nombre Conductor: Havol Mauricio G

Julian Andres Gomez Murcia
Cirujano
CC 80.772.744
RM 265108

90

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2
DIR: CALLE 18 A No 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2010@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 12-10-18 HORA 0558

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Cristian Johan Peña Loza

IDENTIFICACION 1095816827

DIRECCIÓN Km 7 vía 9/PE TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3174297397

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON ( ) OCUPANTE (X)

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo MOTO Marca SUZUKI Placa YJA-10A

Poliza No. 1324-1390414.42 Aseguradora PREVISORA

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Pte que iba como Pasajero de moto y se caen golpes al evitar chocar con un camion.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En mi condición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

CRISTIAN JOHAN PEÑALOZA
NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

C.C 1095816827

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 12 DIA 06 — DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO 2017 MES 12 DIA 07 — HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO 2018 MES 12 DIA 06

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: DIAZ RODRIGUEZ YINA PAOLA — NIT O C.C. DEL TOMADOR: 3223234865

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR: CC — No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075249014 — USO DEL VEHICULO: PARTICULAR — CLASE DE VEHICULO: 1326 — CIUDAD DE EXPEDICION: VILLAVIEJA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 31 SUR N 31 00 — CIUDAD DE RADICACION TOMADOR: NEIVA

REMOLQUE POLIZA No.: — AT 1324 — 1308004128063000

A139041442

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA — SERVICIO: PARTICULAR — CILINDRAJE O MATRICULA: 115

MODELO: 2003 — PLACA No.: YJA10A — MARCA: SUZUKI — LINEA VEHICULO: VIVA 115

No. MOTOR: E409TH427199 — No. CHASIS O No. SERIE: 9FSBE42C93C021685

No. VIN: — PASAJEROS: 2 — CAPACIDAD TON: 0.00 — TARIFA: 121

PRIMA SOAT: $ 272700 — CONTRIBUCION FONSYGA: $ 136350 — TASA RUNT: $ 1800 — TOTAL A PAGAR: $ 410850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS — 1360
B. INCAPACIDAD PERMANENTE — 750
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS — 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS — 30

SALARIOS MINIMOS

13904144 2

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA 002-S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 1.095.816.827
PEÑALOZA HERNANDEZ
APELLIDOS
CRISTIAN JOHAN
NOMBRES

Cristian Johan
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 1.075.249.014
DIAZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
YINA PAOLA
NOMBRES



Yina Paola Diaz R.
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10004562489

PLACA: YJA10A — MARCA: SUZUKI — LINEA: VIVA 115 — MODELO: 2003
CILINDRAJE DE CC: 115 — COLOR: AZUL — SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA — TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA — COMBUSTIBLE: GASOLINA — CAPACIDAD No. PAS.: 2
NUMERO DE MOTOR: E409-TH427199 — REG: N — VIN: ****
NUMERO DE SERIE: — REG: N — NUMERO DE CHASIS: 9FSBE42C93C021685 — REG: N
APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL: DIAZ RODRIGUEZ YINA PAOLA — IDENTIFICACION: C.C. 1075249014

6

PREVISORA

FECHA EXPEDICION: AÑO 2017 MES 12 DIA 06 | DESDE LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2017 MES 12 DIA 07 | HASTA LAS 24 HORAS DEL: AÑO 2018 MES 12 DIA 06

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: DIAZ RODRIGUEZ YINA PAOLA | TELEFONO TOMADOR: 3223234865

TIPO DE DOCUMENTO TOMADOR: CC | No. DOCUMENTO TOMADOR: 1075249014 | CODIGO SUCURSAL EXPEDICION: 13 | CLAVE PRODUCTOR: 1326 | CIUDAD DE EXPEDICION: VILLAVIEJA

DIRECCION DEL TOMADOR: CALLE 31 SUR N°31 00 | CIUDAD TOMADOR: NEIVA

REEMPLAZA POLIZA No.: | AT 1324 | 1358004128063000

A139041442

CLASE VEHICULO: MOTOCICLETA | SERVICIO: PARTICULAR | CILINDRAJE/CC: 115

MODELO: 2003 | PLACA No.: YJA10A | MARCA: SUZUKI | LINEA VEHICULO: VIVA 115

No. MOTOR: E409TH427199 | No. CHASIS O No. SERIE: 9FSBE42C93C021685

No. VIN: | PASAJEROS: 2 | CAPACIDAD TON: 0.00 | TARIFA: 121

PRIMA COMERCIAL: $ 272700 | CONTRIBUCION FONDO: $ 136350 | IVA: $ 1800 | TOTAL A PAGAR: $ 410850

A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS: 150
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 75
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS: 75
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS: 10

SALARIOS MINIMOS

13904144 2

FIRMA AUTORIZADA

FORMA SOA-002-S



FECHA DE NACIMIENTO: 28-JUL-1993
FLORIDABLANCA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 | O+ | M
ESTATURA | G.S. RH | SEXO
27-SEP-2011 FLORIDABLANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-2708200-00363128 M-1005816827 20120302 0029396644A 2 36341417



FECHA DE NACIMIENTO: 24-NOV-1990
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 | O+ | F
ESTATURA | G.S. RH | SEXO
11-DIC-2008 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1900100 00428101-F-1075249014-20130315 0032532408A 1 7132133813

RESTRICCION MOVILIDAD | BLINDAJE | POTENCIA HP: 0

DECLARACION DE IMPORTACION: 1020662746 | LT | FECHA IMPORT.: 24/04/2003 | PUERTAS: 0

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA MATRICULA: 16/01/2004 | FECHA EXP. LIC. TTO.: 27/11/2012 | FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRANSITO: INST MCPAL TTOYTTE CAMPOALEGRE

LT.01003295306

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1095816827

ADMISION N_: 59222

NOMBRE: PEÑALOZA HERNANDEZ CRISTIAN JOHAN Num. Id-. CC 1095816827

FECHA NACIMIENTO: 93.07.28 EDAD: 25 A SEXO:M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.10.12 HORA DE INGRESO: 06:50 Fecha/Hora de registro: 18.10.12 07:03

DIRECCION: KM 1 VIA AIPE CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3174297397

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.10.12

<< REGISTRO: 07:03:46 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE IBA COMO OCUPANTE DE LA MOTO D EPLACAS CUANDO POR NO COLISIONAR CON UN CARRO PIERDE EL CONTROL Y CAE

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD TRASLADADO POR AMBULANCIA DE SALUD LASER, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN MOTOCICLETA EN CALIDAD DE PASAJERO, QUIENES AL EVITAR COLISIONAR CON VEHICULO PIERDEN EL CONTROL DE LA MOTOCICLETA OCASIONANDO CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO Y TRAUMA EN MIMBRO SUPERIOR DERECHO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

ANTECEDENTES

--->><<18.10.22-12:20:01>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 59820

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 12 DE OCTUBRE DEL 2018

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 110/70 FC: 80 FR: 18 Tmp: 36 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, sin aparentes lesiones externas, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO

No verificado

PELVIS

Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT

Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas, sin deformidades ni lesion externa aparente, perfusion distal adecuada en las 4 extremidades. PRESENTA DOLOR INTENSO EN HOMBRO DERECHO, CON LIMITACION FUNCIONAL AL MOVIMIENTO POR DOLOR, DOLOR Y EDEMA EN MUÑECA DERECHA, DOLOR EN DORSO DE MANO DERECHA. PRESENTA MULTIPLES ABRASIONES CONTAMINADAS CON

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1095816827

ADMISION N_: 59222

NOMBRE: PEÑALOZA HERNANDEZ CRISTIAN JOHAN Num. Id-: CC 1095816827

FECHA NACIMIENTO: 93.07.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1

FECHA DE INGRESO: 18.10.12 HORA DE INGRESO: 06:50 Fecha/Hora de registro: 18.10.12 07:03

DIRECCION: KM 1 VIA AIPE CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3174297397

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

MATERIAL INERTE EN HOMBRO DERECHO, ANTEBRAZO DERECHO, MUÑECA Y DORSO DE MANO DERECHA. NEUROVASCULAR NORMAL.

NEUROLOGICO

Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL

ABRASIONES MULTIPLES EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO.

FANERAS

De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S409 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL NO ESPECIFICADO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S697 - TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

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

PLAN/CONDUCTA

PACIENTE CON POLITRAUMATISMO QUE REQUIERE ANALGESIA, CURACIONES DE ABRASIONES Y ESTUDIOS RADIOGRAFICOS, SE VALORA CON REPORTES.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA
TAC DE MUÑECA DERECHA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

--DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 1 75 MG. IM AHORA.
- PASAR A SALA DE CURACIONES.
- CURACIONES EN ABRASIONES EN SALA DE CURACIONES
- COLOCAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES.
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.
- REVALORAR.
- PREVENIR CAIDAS.
- CONTROL SIGNOS VITALES E INFRORMAR CAMBIOS. EN SUS PARAMETROS NORMALES.

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S409 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL NO ESPECIFICADO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2
S697 - TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1095816827

ADMISION N_: 59222

NOMBRE: PEÑALOZA HERNANDEZ CRISTIAN JOHAN **Num. Id-:** CC 1095816827
FECHA NACIMIENTO: 93.07.28 **EDAD:** 25 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: 18.10.12 **HORA DE INGRESO:** 06:50 **Fecha/Hora de registro:** 18.10.12 07:03
DIRECCION: KM 1 VIA AIPE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3174297397
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

<< REGISTRO: 07:51:14 >> (DR(A). JAB - JHOAN ALBEIRO BAZAN - C.C. 1061724214 - REG. MEDICO: 1061724214 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

SE CORRIGE SOLICITUD DE RX, SE DEBE TOMAR RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA, NO TAC

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE MUÑECA DERECHA,

<< REGISTRO: 08:11:47 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RX DE HOMBRO DERECHO SE OBSERVA NORMAL
RX DE MUÑECA DERECHA SE OBSERVA NORMAL
RX DE MANO DERECHA SE OBSERVA NORMAL

<< REGISTRO: 08:13:22 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDAICONES GENERALES,

PLAN/CONDUCTA

** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LOCAL X 3 DIAS EN AREAS DE OCNTUSION
CONTROL EN 8 DIAS CON ORTOPEDIA, DR GARCIA

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1095816827

ADMISION N_: 59222

NOMBRE: PEÑALOZA HERNANDEZ CRISTIAN JOHAN **Num. Id-:** CC 1095816827

FECHA NACIMIENTO: 93.07.28 **EDAD:** 25 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.10.12 08:13

DIRECCION: KM 1 VIA AIPE **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3174297397

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CEFRADINA 500 MG CANT: 24 TOMAR 1 CADA 8 HORAS
IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 CADA 8 HORAS

<< REGISTRO: 08:13:42 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.10.12-08:13:28 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: OCHO (8) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.10.12 **HORA DE EGRESO:** 08:13:28 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 8 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C.C. 7.726.132 R.M. 368

Dr. ANYELO TOVAR
Registro Medico: 3329-07

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

Y

SALUDLASER SAS

NIT: 900324272-2

DIR: Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231

EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 13165

NTIDAD RESPONSABLE	860002400	(AT1324)	**TIPO CONTRATO**	**ORDEN SS**	**FECHA**	**HORA**
\ PREVISORA S.A			EVENTO	1-12834	NEIVA, 4-Dic-2018	13:56:42
RECCION	CRA 5 # 11/01	NEIVA	**TELEFONO**	8711773	**FECHA VENCIMIENTO**	2019.01.03
NTRATO/PLAN			**REGIMEN**		**Observaciones:**	
)1	01 SOAT		OTRO REGIMEN		PACIENTE: PERALTA AGUILAR JUAN CARL	

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE: PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
... 7727801	PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS	**Direccion:**		**Ciudad:** NEIVA	
TR001	**TRANSPORTE PRIMARIO 2018** **PACIENTE: PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS**	AT1324004139445	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PREVISORA
2017

18 DIC 2018

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE.**********

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260,414	1.00	260,414	260,414

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017

Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

Saludlaser S.A.S.
NIT 900324272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

Salud Laser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | 19174 No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a gloza marcar x en RG) RG

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI. — Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio Vehículo Placa No.: HFY 370 — Ambulancia Básica [ ] — Ambulancia Medicada [ ]

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA — Cod. 41

Municipio: NEIVA — Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	7727891	Juan	carlos	Peralta	Aguilar
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] — Evento Catastrofico [ ] — Evento Terrorista [ ]

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cl 25A cr 32 sur — Zona [U ✓] [R]

Departamento: Huila — Cod. 41

Municipio: Neiva — Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día D 2 D 2 M M A 2 A 0 A A 8 — A las H H M M

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fractura y ortopedia

NIT: 800.110.181-9 — Código de habilitación: 410010046601

Dirección: cl 8 2 6-65

Departamento: Huila — Cod. 41 — Télefono: 8736349

Municipio: Neiva — Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaró la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas

Ana Maria Lobo M

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios | | | |

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega D D M M A A A A — **19174** No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG) ____ RG ____ 17839

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C C.E P.A T.I N.I — Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica ☐ Ambulancia Medicada ☐

Vehículo Placa No.: HFY 370

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: R.C. C.E. P.A. T.I. R.C. A.S. M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	77[illegible]8601	Juan	Carlos	Perdomo	Aguilar
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización — Accidente de transito [X] · Evento Catastrofico ☐ Evento Terrorista ☐

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: cl 25A cr 32 sur — Zona [X] U [ ] R

Departamento: Huila Cod. 41

Municipio: Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El dia 22 MAY 2018 A las 2225

Nombre IPS que atendió la victima: Clinica Fractura y ortopedia

NIT 800.110.181-9 Código de habilitación 4100100076601

Dirección: cl 18 # 6-65

Departamento: Huila Cod. 41 Télefono 8756349

Municipio: Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la Institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Ana María Lobo
Médico General
R.M. 2091667678

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1091667678

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

SALUDLASER S.A.
NIT. 900.224.272-2

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REALIZAR EL TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

JUAN CARLOS PERDOMO AGUILAR
REPRESENTANTE LEGAL

Total folios ____

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES

19208

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO MES DIA

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO

No. DE POLIZA

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) _____ C.C. _____ DE _____

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: _____ HASTA: _____

TIPO DE TRANSPORTE:

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. _____

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR _____

_____ IDENTIFICADO CON C.C. No. _____ DE _____

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

_____

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

996

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 19208

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

FECHA: AÑO 18 MES 10 DIA 22

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO: ORD62E

No. DE POLIZA: 1308004139445

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA): Javier rodriguez C.C. 7727617 DE Neiva

DIRECCION: Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD: Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: cl 25A cr 32 suv HASTA: clinica Fuentes

TIPO DE TRANSPORTE: 21:58 Basis

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFY 370

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Juan carlos Peralta Aguilar IDENTIFICADO CON C.C. No. 7727801 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL: SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT. 900.324.272-2 FRANCISCO ANDRES ROJAS REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

32425

SaludUser S.A.S. NIT. 900.324.272-2

HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
22 10 18	21 58	22 02	22 21	22 25	R A N V B

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLÍNICA
Peralta	Aguilar	Juan carlos	7727 88837

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
21 10 82	M / F	T.I.	C.E.		7727801	Años Meses Días

RESIDENCIA ACTUAL					
Direccion: Cr 34 #22-31 SUR	Barrio: manzanares	Municipio: NEIVA			
Departamento: HUILA	Pais: colombia	Telefono 3223956388 1308			

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE			
cl 25A cr 32 SUR	Residencia		Trabajo		POLIZA No 004139445	Estudiantil	
	Via publica	✓	Otros	Previsora	EPS-C Sanitas	Prepagada	
	Comercio		Cual:	Placa: ORD-62E	EPS-S	Vinculado	

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO							
	✓	Accidente Tránsito		Terrorismo		Catástrofe	
		Accidente Laboral		Lesion por agresión		Otro	
		Accidente Comun		Enfermedad General			

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Pte que iba como conductor de moto y se cae solos q/ cuitar chocar contra un taxi

Alergias: NO

Medicamentos: NO

Antecedentes Patalógicos: NO

Ultimo Alimento: NO horas | Embarazo | SI | ~~NO~~

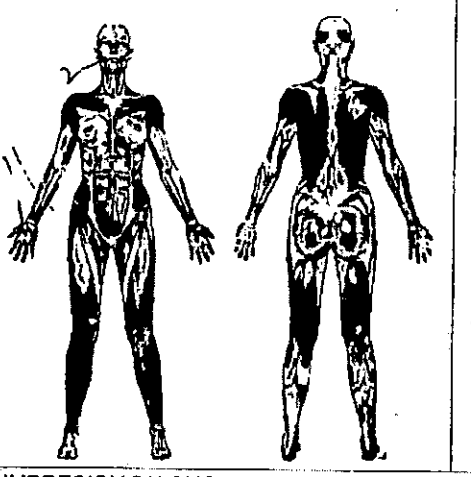
Cirugias:

EXAMEN FISICO | TA: 110/70 | FC: 81 | FR: 16 | T°:

2225

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE CONCIENTE

RESPIRA SI ✓ NO | PULSO SI ✓ NO



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP		Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs		Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion Msls		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Tx mano der

Traslado a: Clinica Fracturas

Recibido por: Dr Ana M

Se entrega | Vivo ✓ | Muerto | Firma 1081691678

OBSERVACIONES Movil 4 Placa HFY 370

Firma del Paciente

JAIR YASNO GUTIERREZ
AUX. ENFERMERIA
C.C. 7718931
REC. 0063-2005

Dra. Ana María Lobo
Médico General
R.M. 1091667678

Tipo	TAM	
unidad	TAB	4

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Jair Yasno F

Nombre Conductor: Javier rodriguez

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272
DIR: Calle 10 A No 6 - 46 - TELS: 8752234
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 22-10-18 HORA 21:58

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Juan carlos Peralta A

IDENTIFICACION 7727801

DIRECCIÓN cr 34 #22-31 Suv TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3223056388

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR [X] PEATON [ ] OCUPANTE [ ]

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo MOTO Marca YAMCO Placa ORD-62E

Poliza No. 1308-00148445 Aseguradora Prensova

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: pte que iba como conductor de moto y se cae solo al entrar choca con un taxi

INFORMACION OTROS VEHICULOS IMPLICADOS:

En micondición de víctima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podrá ser verificada por la IPS y las compañias de seguros responsables de SOAT.

Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

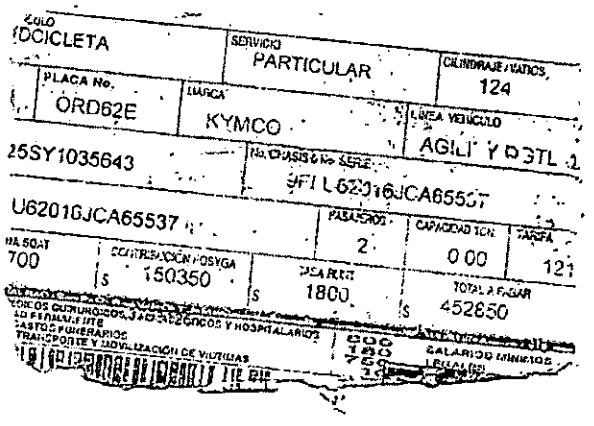
Juan Carlos P. A

NOMBRE Y FIRMA DE LA VICTIMA

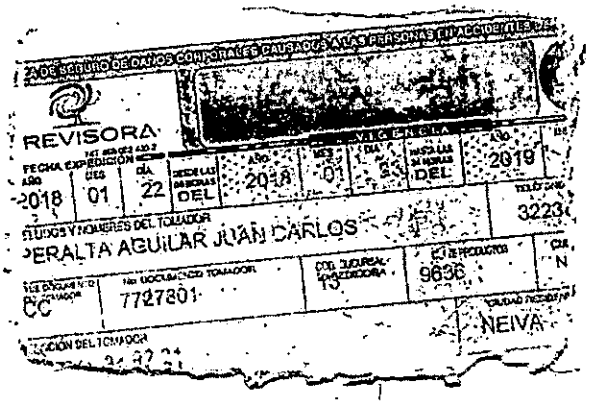
C.C 7727801

NOMBRE Y FIRMA DE ACOMPAÑANTE

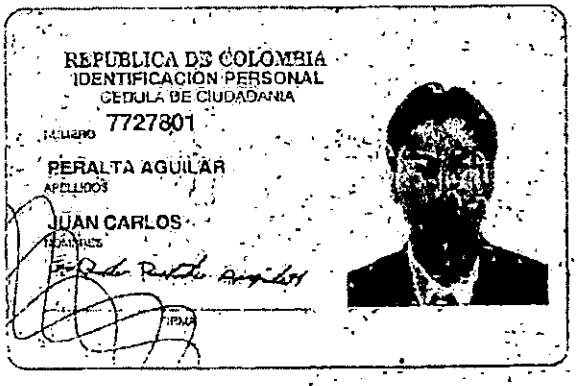
C.C.



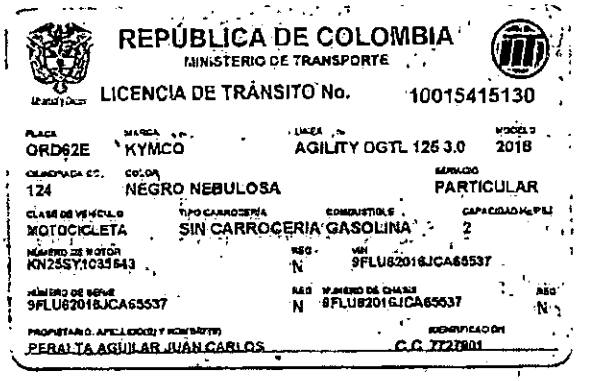
MOTOCICLETA | SERVICIO PARTICULAR | CILINDRAJE / CATIOS 124
PLACA No. ORD62E | MARCA KYMCO | LINEA VEHICULO AGILITY DGTL
MOTOR 25SY1035643 | No. CHASIS o No. SERIE 9FLU62016JCA65537
VIN U62016JCA65537 | PASAJEROS 2 | CAPACIDAD TON 0.00
SOAT 700 | CONTRIBUCION FOSYGA $ 150350 | PEAJE $ 1800 | TOTAL A PAGAR $ 452850
CODIGOS GUIONADOS PARA GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS
GASTOS FUNERARIOS
TRANSPORTE Y NACIONALIZACION DE VICTIMAS
SALARIOS MINIMOS



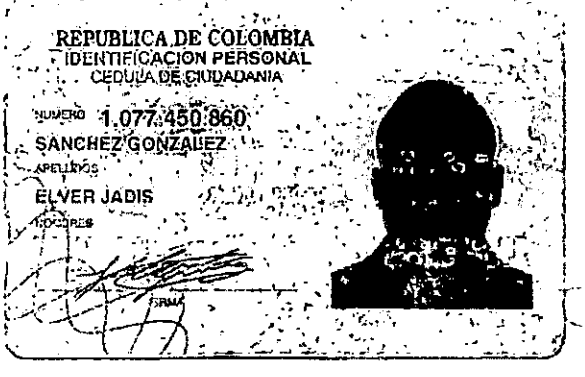
REVISORA
FECHA EXPEDICION AÑO 2018 MES 01 DIA 22 HORAS DEL
VIGENCIA HASTA AÑO 2019 MES 01 DIA 5 HORAS DEL
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR
PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS
TIPO DOCUMENTO CC | No. DOCUMENTO DEL TOMADOR 7727801
DEL JUZGADO PROCEDENCIA | No. DE PRODUCTO 9636
CIU N
NEIVA
FIRMA DEL TOMADOR



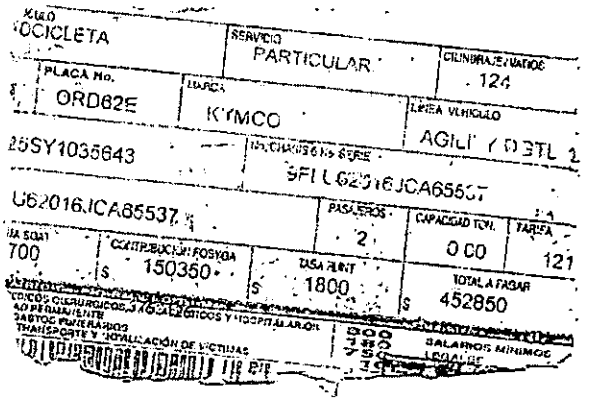
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7727801
APELLIDOS PERALTA AGUILAR
NOMBRES JUAN CARLOS
FIRMA

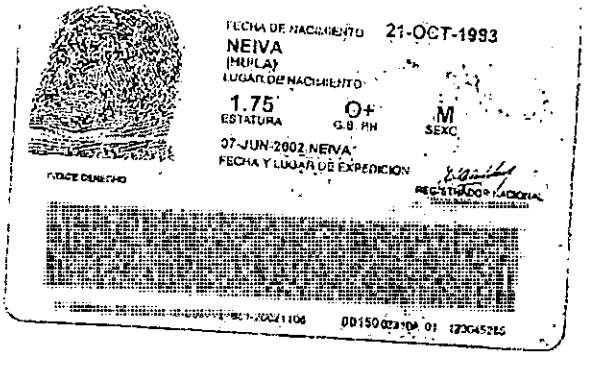


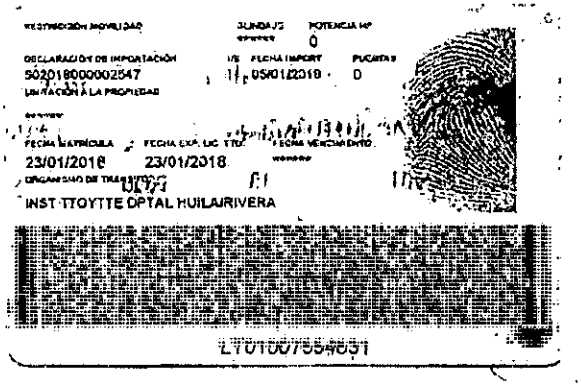
REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10015415130
PLACA ORD62E | MARCA KYMCO | LINEA AGILITY DGTL 125 3.0 | MODELO 2018
CILINDRADA CC. 124 | COLOR NEGRO NEBULOSA | SERVICIO PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA | TIPO CARROCERIA SIN CARROCERIA | COMBUSTIBLE GASOLINA | CAPACIDAD No.PAS 2
NUMERO DE MOTOR KN2SSY1035643 | REG N | VIN 9FLU62016JCA65537
NUMERO DE SERIE 9FLU62016JCA65537 | REG N | NUMERO DE CHASIS 9FLU62016JCA65537 | REG N
PROPIETARIO, APELLIDOS Y NOMBRE(S) PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS
IDENTIFICACION C.C. 7727801

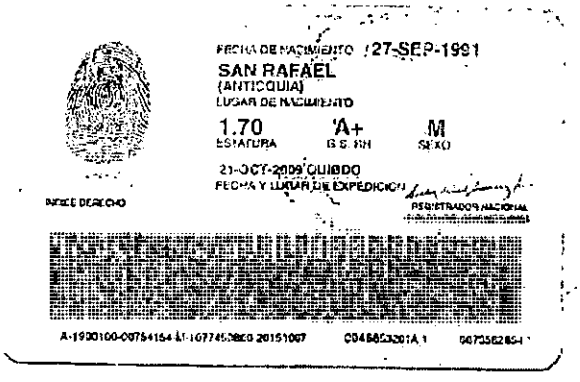


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.077.450.860
APELLIDOS SANCHEZ GONZALEZ
NOMBRES ELVER JADIS
FIRMA


CICLETA
PARTICULAR
124
ORD62E
KYMCO
AGILI
26SY1036643
9FLU62016JCA65537
U62016JCA65537
2
0 CO
121
700
150350
1800
452850
REVISORA
2018
01
22
2018
DEL
2019
PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS
3223
7727801
9636
CC
NEIVA


FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1983
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
07-JUN-2002 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


0
05012019
0
23/01/2018
23/01/2018
INSTITUTO PTAL HUILA RIVERA
LT0100755 8531


FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1991
SAN RAFAEL
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
21-OCT-2009 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7727801

ADMISION N_: 59860

NOMBRE: PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS **Num. Id-:** CC 7727801

FECHA NACIMIENTO: 83.10.21 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.10.22 **HORA DE INGRESO:** 22:32 **Fecha/Hora de registro:** 18.10.22 22:35

DIRECCION: CAR 34 NO, 22 - 31 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223056388

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.10.22

<< REGISTRO: 22:35:30 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE LA MOTO DE PLACAS ORD62E AL ESQUIVAR UN TAXI PIERDE EL CONTROL Y SE CAE SUFRIENDO LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE TRASLADADO POR AMBULANCIA SALUDLASER, DONDE EL PERSONAL DE AMBULANCIA REFEIRE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCIELTA AL TRATAR DE NO COLISIONAR CON TAXI PIERDEN EL CONTROL DE LA MISMA QUE OCASIONA CAIDA CON POSTERIOR POLITRAUMATISMO. NIEGA TRAUMA CRANEAL, PERDIDA DE CONCIENCIA O AMNESIA DE LOS HECHOS.

ANTECEDENTES

--><<2018.10.22-22:35:30>>, (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL) H.U. 59860

* Patologicos: Niega * Traumaticos: Niega * Medicamentos: Niega * Toxicos: Niega * Quirurgicos: Niega * Alergicios: NO REFIERE

--><<18.10.23-12:11:54>>, (DR(A). FGR - FRANCISCO HERNANDO GARCIA - C.C. 4951502 - REG. MEDICO: 455 - ORTOPEDIA) H.ME: 59928

ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 22 DE OCTUBRE DEL 2018

FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO DE MANO DERECHA CON TRATAMIENTO ORTOPEDICO

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 110/80 FC: 75 FR: 20 Tmp: 37 ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Cabeza normoconfigurada, ABRASION EN POMULO DERECHO, mucosas humedas, conjuntiva rosada, otoscopia normal, cavidad oral sin lesones aparentes.

CUELLO

Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX

Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN

Blando depresible no doloroso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7727801

ADMISION N_: 59860

NOMBRE: PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS **Num. Id-:** CC 7727801

FECHA NACIMIENTO: 83.10.21 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: 18.10.22 **HORA DE INGRESO:** 22:32 **Fecha/Hora de registro:** 18.10.22 22:35

DIRECCION: CAR 34 NO, 22 - 31 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223056388

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

GENITOURINARIO
No verificado

PELVIS
Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT
Sin aparentes lesiones externas ni deformidad en columna. Eutroficas,DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE MANO DERECHA, ABRASIONES EN MANO DERECHA Y TOBILLO DERECHO perfusion distal adecuada en las 4 extremidades.

NEUROLOGICO
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++)

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

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

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

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

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO DERECHA

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
DICLOFENACO 75MG AMP VITALIS CANT: 1 75 MG IM DOSIS UNICA

-PASAR A SALAS DE CURACIONES
- CURACIONES DE HERIDAS Y/O ABRASIONES
- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN SALA DE CURACIONES
- LLEVAR A SALA DE IMAGENOLOGIA PARA TOMA DE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS
- REVALORAR

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S626 - FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

TIPO / GRADO FRACTURA CERRADA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7727801

ADMISION N_: 59860

NOMBRE: PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS Num. Id-: CC 7727801
FECHA NACIMIENTO: 83.10.21 EDAD: 35 A SEXO:M ESTADO CIVIL: S ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: . . HORA DE INGRESO: Fecha/Hora de registro: 18.10.22 23:09
DIRECCION: CAR 34 NO, 22 - 31 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3223056388
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

<< REGISTRO: 23:09:41 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

SE REPORTA IMAGEN

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA: FRACTURA DE FALANGE DISTAL DEL PRIMER DEDO

<< REGISTRO: 23:10:08 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION

EN EL MOMENTO HEMODINAMICMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TOLERANCIA AL DOLOR, POR LO QUE SE CONSIDERA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

PLAN/CONDUCTA

SALIDA
AINES
VALORACION PRIORTIARIA POR ORTOPEDIA 11 AM
RECOMENDACIONES

<< REGISTRO: 23:11:23 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

** MEDICAMENTOS:

SINALGEN (IIIDROCODONA BITARTRATO5 MG+ ACETAMINOFEN 325 MG) TOMAR 1 TAB CADA 8 HORAS

** OTROS:

-CURACIONES EN CASA CON ISODINE
-APLICAR HIELO LOCAL EN AREAS DE CONTUSION

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

7727801

ADMISION N_: 59860

NOMBRE: PERALTA AGUILAR JUAN CARLOS **Num. Id-:** CC 7727801
FECHA NACIMIENTO: 83.10.21 **EDAD:** 35 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S **ESTRATO:** 1
FECHA DE INGRESO: . . **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.10.22 23:11
DIRECCION: CAR 34 NO, 22 - 31 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3223056388
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**
DIRECCION:
OBSERVACION

(Inst)

- RECONSULTAR SI EN EXTREMIDAD COMPROMETIDA PRESENTA DIFICULTA PARA EL MOVIMIENTO DE LA EXTREMIDAD, SENSACIÓN DE HORMIGUEO. SE COLOCA MORADA. LA PARTE DISTAL.

** ORDENES MEDICAS:

VALORORACION PRIORITARIA POR ORTOPEDIA 23/10/18 11+00 HR

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

IBUPROFENO 400 MG CANT: 20 TOMAR 1 TAB CADA 8 H

<< REGISTRO: 23:11:32 >> (DR(A). AML - ANA MARIA LOBO - C.C. 1091667678 - REG. MEDICO: 1091667678 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.10.22-23:11:26 ESTADO A LA SALIDA:VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.10.22 **HORA DE EGRESO:** 23:11:26 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. ANA MARIA LOBO
Registro Medico: 1091667678

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

SALUDLASER SAS
NIT: 900324272-2
DIR. Calle 18 A No 6 - 46 NEIVA-HUILA TELS: 8752231
EMAIL: saludlaser_2010@hotmail.com

FACTURA No. FC - 13169

TIDAD RESPONSABLE 860002400 (AT1324) **TIPO CONTRATO** **ORDEN SS** **FECHA** **HORA**
PREVISORA S.A EVENTO 1-12838 NEIVA, 4-Dic-2018 14:05:32
RECCION CRA 5 # 11/01 NEIVA **TELEFONO** 8711773 **FECHA VENCIMIENTO** 2019.01.03
NTRATO/PLAN **REGIMEN** **Observaciones:**
01 01 SOAT OTRO REGIMEN PACIENTE. BRANIFF CACHAYA HEIDY LIZ

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE PACIENTES VARIOS SN RELACION

OBS: PACIENTE BRANIFF CACHAYA HEIDY LIZETH

Item	Descripción del item	No. Poliza	Cantidad	Vr.Un.Neto	Vr.Total
1077236742	BRANIFF CACHAYA HEIDY LIZETH	Direccion:		Ciudad: NEIVA	
TR001	TRANSPORTE PRIMARIO 2018 PACIENTE: BRANIFF CACHAYA HEIDY LIZETH	AT1324138219130	1.0	260,414	260,414

CONSORCIO PRINCIPAL
2017
18 DIC 2018
Sonya

SON: DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE ************************************

FORMA PAGO: CREDITO

		Cantidades	Sub_total	Total a Pagar
FC	260.414	1.00	260.414	260,414

SALUDLASER S.A
NIT 900324272-2
FRANCISCO AN...
REPRESENTANTE LEGAL

Autorizaci¾n Numeraci¾n de Facturaci¾n 18762005288195 por una vigencia de 18 meses 18-Oct-2017
Modalidad COMPUTADOR desde FC -00007501 Hasta FC -00015000 AUTORIZACIËN

10

Soldiaser S.A.S.
NIT. 900.324.272-2

ABONO 1 $ 0
ABONO 2 $ 0
GLOSA ACEPT 0
SALDO 260.414

CARTERA

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

18526

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG

RG

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante: SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 410010120901

Tipo de Documento: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | NI (X)

Numero de documento: 9 0 0 3 2 4 2 7 2 - 2

Tipo de Servicio

Vehículo Placa No. UFU 406

Ambulancia Básica (X)

Ambulancia Medicada

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular: 875 2231

Departamento: HUILA Cod. 41

Municipio: NEIVA Cod. 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido: C.C. | C.E. | P.A. | T.I. | R.C. | A.S. | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1						
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de transito (X) Evento Catastrofico ( ) Evento Terrorista ( )

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección

Zona U (X) R ( )

Departamento Cod.

Municipio Cod.

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día | | | | | | | | |

A las | | | | |

Nombre IPS que atendió la victima

NIT Código de habilitación

Dirección

Departamento Huila Cod. 41 Télefono

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o gerente de la institución Prestadora de salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE DEL REPRESENTATE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES ANTE IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRASPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

Total folios

Resolución 01915 28 MAYO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega | | | | | | | | |

No. Radicado 18526

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa marcar x en RG | | RG | 12838

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural a diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre empresa de Transporte Especial Reclamante SALUDLASER S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial 410010120901

Tipo de Documento C.C | C.E | P.A | T.I | NIT X | Numero de documento 900324272-2

Tipo de Servicio Ambulancia Básica X Ambulancia Medicada

Vehículo Placa No. HFU 906

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte Calle 18A No. 6 - 46

Teléfono o celular 875 2231

Departamento HUILA Cod. 41

Municipio NEIVA Cod: 001

II. RELACIÓN DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de Documento permitido CC | C.E | P.A | T.I | R.C | A.S | M.S

	Tipo Doc.	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC	1077236742	Heidy	Lizeth	Bramit	Cacha
2						
3						
4						

Tipo de evento que suscita la movilización Accidente de transito X Evento Catastrofico Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección Cra 13 Diagonal 12 Sur Zona U R

Departamento Huila Cod: 41

Municipio Neiva Cod. 001

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicio de Salud certifica que la entidad de Trasporte Especial o Persona Natural efectuo el traslado de la victima a esta IPS

El día 07 04 2010 A las 12 AM

Nombre IPS que atendió la victima Clinica de fracturas y ortopedia

NIT 800110181-9 Código de habilitación 4100100046601

Dirección CALLE 18 # 6-65

Departamento Huila Cod. 41 Telefono 8756347

Municipio Neiva Cod. 001

Como representante legal o persona de la Institución Prestadora de salud, declaro la veracidad de lo aquí consignado en este formulario en cuanto a que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República. Si no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Dany Alexandra M — Dany Alexandra M

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1081816572

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Saludlaser SALUDLASER S.A. NIT 900 324 272-2

FRANCISCO ANDRES ROJAS REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL PRESTADORA DEL SERVICIO

Total folios

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18335

SALUDLASER S.A.S.

INFORME No. _____

FECHA: AÑO 18 MES 04 DIA 07

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO EJT 590

No. DE POLIZA 1324138219131

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Parra Ho C.C. 1075254682 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 13 Diagonal 17 con HASTA: Clinica de Fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora: 11=49

☒ AMBULANCIA ☐ SERVICIO PUBLICO ☐ PARTICULAR ☐ OTRO PLACA No. HFU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Heidy Liceth Bruñal Cachaya IDENTIFICADO CON C.C. No. 1077236742 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

ANEXO AL FORMULARIO DE INSTITUCIONES 18335

INFORME No. _____

SALUDLASER S.A.S.

FECHA: AÑO 18 MES 09 DIA 07

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

PLACA VEHICULO ACCIDENTADO EJT590

No. DE POLIZA 1324138219130

NOMBRE CONDUCTOR (QUE TRANSPORTA) Cristian Camilo Parra C.C. 1075254683 DE Neiva

DIRECCION Calle 18A # 6 - 46 CIUDAD Neiva TEL.: 8752231

TRANSPORTO LA VICTIMA, DESDE: Cra 13 Diagonal 12 sur HASTA: Clinica de fracturas

TIPO DE TRANSPORTE: Hora = 11:49

[X] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. HFU906

LA PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DEL SEÑOR Hernan Lizcano Bonilla Cachaya IDENTIFICADO CON C.C. No. 1077236742 DE Neiva

CORRESPONDE A LA ENTIDAD CON RAZON SOCIAL SALUDLASER S.A.S

CON NIT. 900.324.272-2

Saludlaser SALUDLASER S.A.
NIT. 900.324.272-2
FRANCISCO ANDRES ROJAS
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD

8

Saludloser S.A.S. NIT. 900.324.272-2 — HISTORIA CLÍNICA Y AMBULANCIA — 31674

FECHA	HORA DESPACHO	HORA LLEGADA	HORA SALIDA	HORA ENTREGA	PRIORIDAD
07/Sep/2018	11:49	11:55	12:05	12:11	R: X N: V: B:

1er apellido	2do apellido	Nombres	No. HISTORIA CLINICA
Bravit	Cachaya	Heidy Lizeth	1077236742

FECHA NA/TO	SEXO	C.C.	R.C.	PAS.	NUMERO	EDAD
14/mar/2018	M: F: X	T.I.	C.E.		1077236742	

RESIDENCIA ACTUAL — Direccion: Cra 16N 11-68 | Barrio: Alto Empaya | Municipio: Neiva
Departamento: Huila | Pais: Colombia | Telefono 3226496243

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN				ASEGURADORA RESPONSABLE		
Cra 13 diagonal 125	Residencia		Trabajo		POLIZA 8382913-0	Estudiantil
	Via publica	X	Otros	Previsora	EPS-C Comfamiliar	Prepagada
	Comercio		Cual:	Placa: EIS 90D	EPS-S	Vinculado

CAUSA QUE ORIGINA TRASLADO					
	X	Accidente Tránsito		Terrorismo	Catástrofe
		Accidente Laboral		Lesion por agresión	Otro
		Accidente Comun		Enfermedad General	

DATOS DE LA ESCENA Y ANAMNESIS: Paciente femenino que iba como pelaton que es arrollado por una moto.

Alergias: No

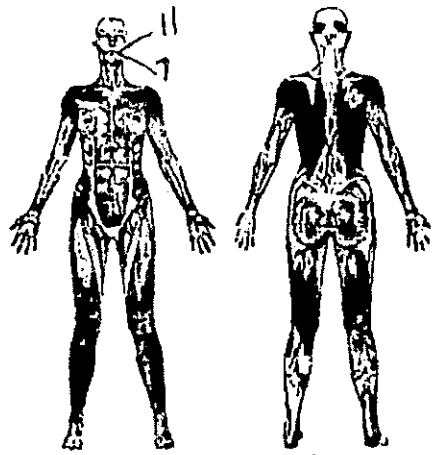
Medicamentos: No

Antecedentes Patalógicos: No

Ultimo Alimento: horas | Embarazo: X

Cirugias: No

EXAMEN FISICO | TA: 100/66 | FC: 90 | FR: 21 | T: 36,5°



1. Heridas
2. Abrasión
3. Hematoma
4. Contusión
5. Deformidad
6. Fractura Abierta
7. Quemadura
8. Edema
9. Amputación
10. Avulsión
11. Dolor

ESTADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE: consciente, orientada, alerta, afebril.

RESPIRA SI: X NO: | PULSO SI: X NO:

PROCEDIMIENTOS

	Collar Cervical		RCCP	X	Monitoreo
	Aspiración		Hemostasia		Liquidos I.V.
	Oxigenación		Inmovilizacion MsSs	X	Asepsia
	Intubacion		Inmovilizacion MsIs		Otro:
	Ventilación		Inmovilizacion Total		

IMPRESION DIAGNOSTICA: Herida en labio Trauma dental.

Traslado a: clínica de tratamiento

Recibido por: Alejandro Tovar

Se entrega: Vivo: X Muerto:

Firma del Paciente: Dr. Alejandro Tovar Médico Cirujano CC: 7726132 - R.M. 358

OBSERVACIONES: Movil 2 Placa HFV 906

Tipo unidad | TAM | TAB

Nombre del Medico:

Nombre Auxiliar: Avalos Nuti

Nombre Conductor: Cristian Peralta

SALUDLASER SAS

NIT: 900.324.272-2

DIR: CALLE 18 A NO 6 - 46 - TELS: 8752231
EMAIL: SALUDLASER_2D10@HOTMAIL.COM

FORMATO DECLARACION DE SINIESTRO

FECHA 07/09/18 HORA 11:49

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Hazel Lizeth Bravitt

IDENTIFICACION 1077236742

DIRECCIÓN Cra 16 N11-68 TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR 3226496243

CONDICION DEL PACIENTE CONDUCTOR ( ) PEATON (X) OCUPANTE ( )

2. DATOS DEL VEHICULO

Tipo Moto Marca Placa ETS 90D

Poliza No. 1382193-0 Aseguradora Previsora

3. INFORMACION DEL ACCIDENTE

RELATO BREVE DEL ACCIDENTE: Paciente femenina menor de edad que iba como peaton es arrollada por una moto.

INFORMACION DE OTROS VEHICULOS IMPLICADOS: Moto-Peaton

En mi condición de victima de accidente de tránsito declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a través de este documento es cierta y que podra ser verificada por la IPS y las compañias de seguro responsables de SOAT. Adicionalmente, manifiesto que la IPS Saludlaser realizó mi traslado entre el lugar del accidente y la entidad de salud y que por este servicio no realice ningun tipo de pago ni a la empresa ni a ninguno de sus funcionarios.

NOMBRE Y FIRMA DE LA VÍCTIMA

C.C 1077236742

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE

C.C

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1077236742
NOMBRES	HEIDY LIZETH
APELLIDOS	BRANIFF CACHAYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

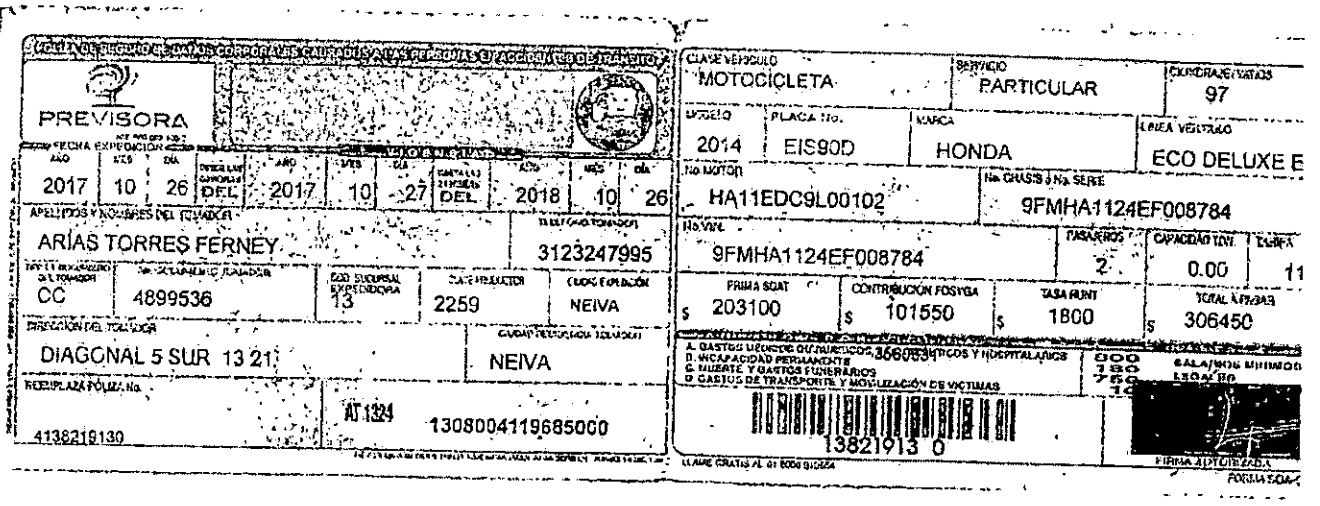
Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA - COMFAMILIAR HUILA	SUBSIDIADO	14/03/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/07/2018 12:17:51	Estación de origen:	190.144.66.174

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 Regimen 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 encuentre vinculado con la entidad que genera la consulta.



PREVISORA

FECHA EXPEDICIÓN: 2017 10 26 | DEL 2017 10 27 | DEL 2018 10 26

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: ARÍAS TORRES FERNEY

TELÉFONO TOMADOR: 3123247995

TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR	No. DE IDENTIFICACIÓN TOMADOR	COD SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE VEHÍCULO	CIUDAD EXPEDICIÓN
CC	4899536	13	2259	NEIVA

DIRECCIÓN DEL TOMADOR: DIAGONAL 5 SUR 13 21 | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: NEIVA

REMPLAZA PÓLIZA No.: 4138219130 | AT 1324 | 1308004119685060

CLASE VEHÍCULO: MOTOCICLETA | SERVICIO: PARTICULAR | CILINDRAJE/CATOS: 97

MODELO	PLACA No.	MARCA	LÍNEA VEHÍCULO
2014	EIS90D	HONDA	ECO DELUXE E

No MOTOR: HA11EDC9L00102 | No. CHASIS o No. SERIE: 9FMHA1124EF008784

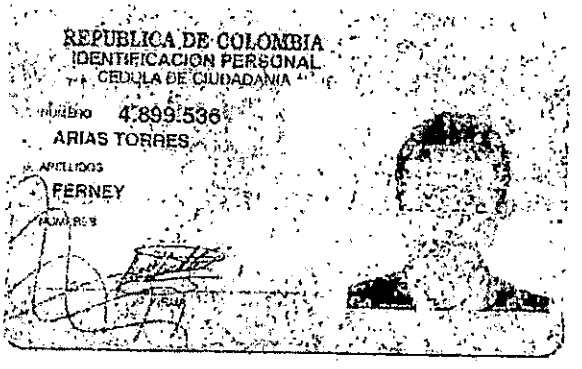
No VIN: 9FMHA1124EF008784 | PASAJEROS: 2 | CAPACIDAD TON.: 0.00 | LÍNEA: 11

PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	TOTAL A PAGAR
$ 203100	$ 101550	$ 1800	$ 306450

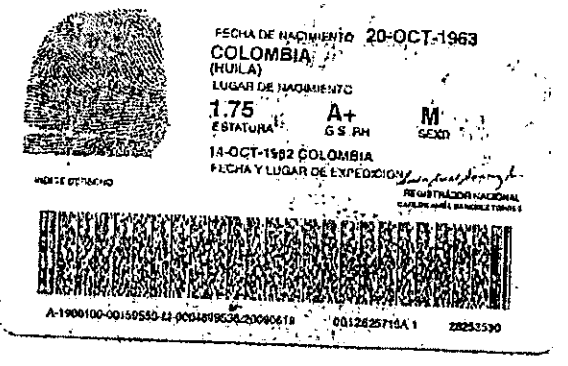
A. GASTOS LICENCIAS OCUPACIONALES, MÉDICOS Y HOSPITALARIOS 3660834 | 900 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES
B. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180
C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750
D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 10

13821913 0

LLAME GRATIS AL 01 8000 910254 | FIRMA AUTORIZADA | FORMA SOAT

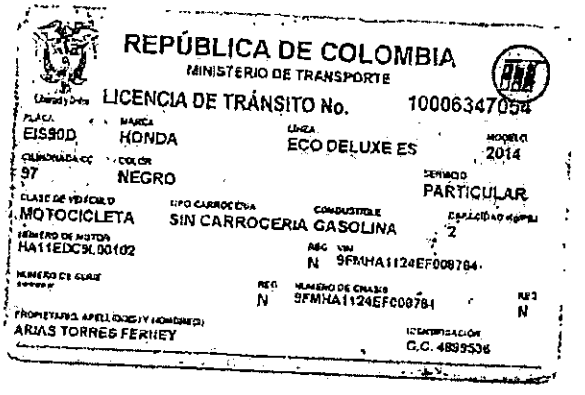


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.899.536
ARIAS TORRES
APELLIDOS
FERNEY
NOMBRES



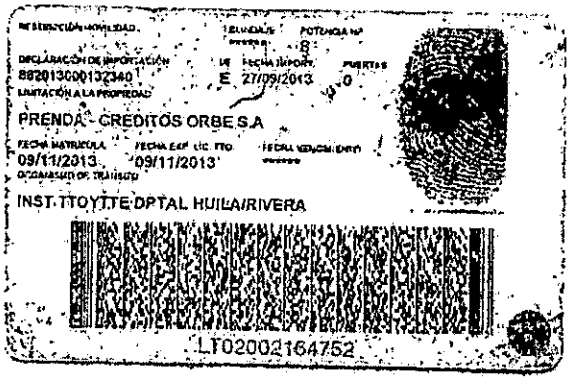
FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1963
COLOMBIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO
14-OCT-1982 COLOMBIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-1900100-00150550-M-0004899536-20060618 0012625710A 1 28253590



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10006347054

PLACA: EIS90D | MARCA: HONDA | LÍNEA: ECO DELUXE ES | MODELO: 2014
CILINDRAJE CC: 97 | COLOR: NEGRO | SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHÍCULO: MOTOCICLETA | TIPO CARROCERÍA: SIN CARROCERIA | COMBUSTIBLE: GASOLINA | CAPACIDAD KG/PAS: 2
NÚMERO DE MOTOR: HA11EDC9L00102 | ABC VIN: N 9FMHA1124EF008784
NÚMERO DE CHASIS: N 9FMHA1124EF008784 | REG N
PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRE(S): ARIAS TORRES FERNEY | IDENTIFICACIÓN: C.C. 4899536



RESTRICCIÓN MOVILIDAD | CILINDRAJE | POTENCIA HP: 8
DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 882013000132340 | DE | FECHA IMPORT.: E 27/09/2013 | PUERTAS: 0
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
PRENDA - CREDITOS ORBE S.A
FECHA MATRICULA: 09/11/2013 | FECHA EXP. LIC. TTO: 09/11/2013 | FECHA VENCIMIENTO
ORGANISMO DE TRANSITO
INST.TTO.Y.TTE.DPTAL HUILA/RIVERA

LT02002164752

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1077236742

ADMISION N_: 56931

NOMBRE: BRANIFF CACHAYA HEIDY LIZETH Num. Id-: RC 1077236742
FECHA NACIMIENTO: 12.03.14 EDAD: 6 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: 18.09.07 HORA DE INGRESO: 12:16 Fecha/Hora de registro: 18.09.07 12:24
DIRECCION: CR 16 NO 11 68 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3226496243
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 18.09.07

<< REGISTRO: 12:24:10 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA
PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON QUE AL SER ARROLLADA POR LA MOTO DE PLACAS EIS90D SUFRE LESIONES

REINGRESO NO

ESTADO AL INGRESO

ENFERMEDAD ACTUAL
INGRESA PACIENTE TRASLADADA EN AMBULANCIA DE SALUDLASER, DONDE PERONAL REFIERE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONO TRAUMATISMO MULTIPLE

** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO **

SIGNOS VITALES TA: 112/68 FC: 80 FR: 18 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: [X] OBNUBILADO: [ ] ESTUPOROSO: [ ] COMA: [ ] GLASGOW: (15)

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS
PRESENTA CEFALEA GENERALIZADA, PRESENTA HEMATOMA SUBGALEAL DE 3 CM EN REGION FRONTO - TEMPORAL IZQUIERDA, ABRASION EN LABIOS,

CUELLO
Traquea en linea media, sin masas ni evidencia de lesiones externas.

TORAX
Torax normoconfigurado sin aparentes lesiones externas, con Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones simetricamente ventilados, sin sobreagregados.

ABDOMEN
Blando depresible no dolorodso, no masa ni megalias, ruidos intestinales (++)

GENITOURINARIO
No verificado

PELVIS
Estable, no dolorosa a la palpacion.

DORSOEXT
PRESENTA ABRASION EN CODO DERECHO, ABRASION EN RODILLA DERECHA,

NEUROLOGICO
Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, sin signos de focalizacion, fuerza muscular 5/5 en 4 extremidades, ROT: (++) PACIENTE IRRITABLE,

PIEL
De aspecto normal.

FANERAS
De aspecto normal.

DIAGNOSTICOS INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO
S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

3

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1077236742

ADMISION N_: 56931

NOMBRE: BRANIFF CACHAYA HEIDY LIZETH Num. Id-: RC 1077236742
FECHA NACIMIENTO: 12.03.14 EDAD: 6 A SEXO: F ESTADO CIVIL: U ESTRATO: 1
FECHA DE INGRESO: 18.09.07 HORA DE INGRESO: 12:16 Fecha/Hora de registro: 18.09.07 12:24
DIRECCION: CR 16 NO 11 68 CIUDAD: NEIVA DPTO: 41 TELEFONO: 3226496243
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE:
DIRECCION:
OBSERVACION (Inst)

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

PLAN/CONDUCTA
ANALGESIA
CURACION

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS
TAC CEREBRAL SIMPLE

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS
ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 ADMINISTRAR 8 CC VIA ORAL AHORA
CURACION DE ABRASION EN SALA DE CURACION
TRASLADO A IMAGENOLOGIA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
T141 - HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO

<< REGISTRO: 12:43:13 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

RESULTADO DE EXAMENES / ESTUDIOS
TAC CEREBRAL SE OBSERVA NORMAL

<< REGISTRO: 12:49:34 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

EVOLUCION
PACIENTE QUIEN PRESENTA BUENA EVOLUCION, NO REFIERE DOLOR, SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE, ESTABLE, TOLERANDO LA VIA ORAL, POR LO CUAL SE DECIDE SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES,

PLAN/CONDUCTA
** ORDENES MEDICAS:
APLICAR HIELO LOCAL EN HEMATOMA EN REGION FORNTAL X 3 DIAS
TRAER A LA NIÑA POR URGENCIAS SI PRESENTA MUCHO DOLOR DE CABEZA O CAMBIO DE SU COMPORTAMIENTO NORMAL

7

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT: 800110181-9
CALLE 18 N 6-65 NEIVA-HUILA TELS: 8756349-8753436

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1077236742

ADMISION N_ : 56931

NOMBRE: BRANIFF CACHAYA HEIDY LIZETH **Num. Id-:** RC 1077236742

FECHA NACIMIENTO: 12.03.14 **EDAD:** 6 A **SEXO:** F **ESTADO CIVIL:** U **ESTRATO:** 1

FECHA DE INGRESO: **HORA DE INGRESO:** **Fecha/Hora de registro:** 18.09.07 12:49

DIRECCION: CR 16 NO 11 68 **CIUDAD:** NEIVA **DPTO:** 41 **TELEFONO:** 3226496243

OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:**

DIRECCION:

OBSERVACION

(Inst)

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

ACETAMINOFEN JARABE 60 ML CANT: 1 ADMINISTRAR 8 CC VIA ORAL CADA 8 HORAS X 3 DIAS.

<< REGISTRO: 12:49:46 >> (DR(A). MAT - ANYELO TOVAR - C.C. 7726132 - REG. MEDICO: 3329-07 - MEDICINA GENERAL)

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

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: EGRESO DE URGEN.

FECHA-HORA DE EGRESO: 18.09.07-12:49:42 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

** SALIDA DEL PACIENTE **

DESTINO SALIDA: ALTA DE URGENCIAS **SERVICIO:**

FECHA DE EGRESO: 18.09.07 **HORA DE EGRESO:** 12.49.42 **DIAS DE INCAPACIDAD:** 0 DIAS

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO

Anyelo Tovar
Medico y Cirujano
C C 7 726 132 R.M 368

Dr. ANYELO TOVAR
Registro Medico: 3329-07

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

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA
SALUDLASER SAS.
Fecha expedición: 2021/02/24 - 12:04:09 **** Recibo No. S000888358 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20210224-0087
LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.
CODIGO DE VERIFICACIÓN dozJz5gQVR

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: SALUDLASER SAS.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 900324272-2
ADMINISTRACIÓN DIAN : NEIVA
DOMICILIO : NEIVA

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 202934
FECHA DE MATRÍCULA : NOVIEMBRE 20 DE 2009
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : JUNIO 03 DE 2020
ACTIVO TOTAL : 1,080,630,000.00
GRUPO NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 18 A NO. 6-46
BARRIO : QUIRINAL
MUNICIPIO / DOMICILIO: 41001 - NEIVA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 8712231
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 3123505016
TELÉFONO COMERCIAL 3 : 3175113119
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : saludlaser_2010@hotmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 18 A NO. 6-46
MUNICIPIO : 41001 - NEIVA
BARRIO : QUIRINAL
TELÉFONO 1 : 8712231
TELÉFONO 2 : 3123505016
TELÉFONO 3 : 3175113119
CORREO ELECTRÓNICO : saludlaser_2010@hotmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : saludlaser_2010@hotmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8699 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA
ACTIVIDAD SECUNDARIA : H4921 - TRANSPORTE DE PASAJEROS

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

POR ACTA DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2009 SUSCRITA POR ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 26650 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 20 DE NOVIEMBRE DE 2009, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA SALUDLASER SAS..

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TERMINO DE DURACION DE LA PERSONA JURIDICA ES INDEFINIDO

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL.- LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO PRINCIPAL: 1.- LA PRESTACION DE SERVICIOS DE TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS MEDICALIZADAS Y NO MEDICALIZADAS EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, 2. PRESTAR SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA. 3.- DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD, ENMARCADA EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD INTEGRAL A TODA LA FAMILIA. 4.- IMPLEMENTAR Y PONER A DISPOSICION TODA LA TECNOLOGIA REQUERIDA PARA EL TRATAMIENTO MEDICO QUIRURGICO DE TODAS LAS ESPECIALIDADES MEDICAS 5.- PRODUCIR, IMPORTAR O EXPORTAR DIRECTAMENTE O POR INTERPUESTA PERSONA TODO EL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS MEDICOS Y QUIRURGICOS, ASI COMO LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS NECESARIOS 6.- REALIZAR OUTSORCING PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS EN CUALQUIERA DE LAS AREAS DE LA SALUD 7.- LA COMERCIALIZACION DE CURSOS MEDICOS, YA SEA POR SI SOLO EN CONVENIO CON CENTROS DOCENTES O UNIVERSIDADES PUBLICAS O PRIVADAS, USANDO PARA ELLO MEDIOS MECANICOS O ELECTRONICOS, SEMINARIOS O CONFERENCIAS O EN GENERAL TODA CLASE DE INSTRUMENTOS Y ACTIVIDADES QUE EN EL CAMPO CIENTIFICO DE LA MEDICINA PUEDA DESARROLLARSE.

EN EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL LA SOCIEDAD PODRA: ADQUIRIR, ENAJENAR, GRAVAR, ADMINISTRAR, TOMAR Y DAR EN ARRENDAMIENTO TODA CLASE DE BIENES; INTERVENIR ANTE TERCEROS O ANTE LOS MISMOS SOCIOS, COMO ACREEDORES O COMO DEUDORES, EN TODA CLASE DE OPERACIONES DE CREDITO, RECIBIENDO LAS GARANTIAS DEL CASO, CUANDO HAYA LUGAR A ELLAS, CELEBRAR CON ESTABLECIMIENTOS DE CREDITO Y SEGUROS QUE SE RELACIONES CON LOS NEGOCIOS Y BIENES SOCIALES. FORMAR PARTE DE OTRAS SOCIEDADES QUE SE PROPONGAN ACTIVIDADES SEMEJANTES, COMPLEMENTARIAS O ACCESORIAS DE LA EMPRESA SOCIAL O ABSORBER TALES EMPRESAS.

ASI MISMO, PODRA REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD ECONOMICA LICITA TANTO EN COLOMBIA COMO EN EL EXTRANJERO.

LA SOCIEDAD PODRA LLEVAR A CABO, EN GENERAL TODAS LAS OPERACIONES, DE CUALQUIER NATURALEZA QUE ELLAS FUEREN, RELACIONADAS CON EL OBJETO MENCIONADO, ASI COMO CUALESQUIERA ACTIVIDADES SIMILARES, CONEXAS O COMPLEMENTARIAS O QUE PERMITAN FACILITAR O DESARROLLAR EL COMERCIO O LA INDUSTRIA DE LA SOCIEDAD.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	30.000.000,00	30,00	1.000.000,00
CAPITAL SUSCRITO	15.000.000,00	15,00	1.000.000,00
CAPITAL PAGADO	15.000.000,00	15,00	1.000.000,00

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 16 DEL 19 DE JULIO DE 2019 DE ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 54326 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JULIO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA
SALUDLASER SAS.
Fecha expedición: 2021/02/24 - 12:04:09 **** Recibo No. S000868358 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20210224-0087
LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.
CODIGO DE VERIFICACIÓN dczJz5gQVR

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	SANCHEZ TRUJILLO DEISY JOHANA	CC 1,079,391,108

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

REPRESENTACION LEGAL: LA REPRESENTACION LEGAL DE LA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA ESTARA A CARGO DE UNA PERSONA NATURAL O JURIDICA, ACCIONISTA O NO, QUIEN NO TENDRA SUPLENTES, DESIGNADO PARA UN TERMINO DE UN AÑO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: LA SOCIEDAD SERA GERENCIADA, ADMINISTRADA Y REPRESENTADA LEGALMENTE ANTE TERCEROS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN NO TENDRA RESTRICCIONES DE CONTRATACION POR RAZON DE LA NATURALEZA NI DE LA CUANTIA DE LOS ACTOS QUE CELEBRE. POR LO TANTO, SE ENTENDERA QUE EL REPRESENTANTE LEGAL PODRA CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERA INVESTIDO DE LOS MAS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, CON EXCEPCION DE AQUELLAS FACULTADES QUE, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, SE HUBIEREN RESERVADO LOS ACCIONISTAS. EN LAS RELACIONES FRENTE A TERCEROS, LA SOCIEDAD QUEDARA OBLIGADA POR LOS ACTOS Y CONTRATOS CELEBRADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LE ESTA PROHIBIDO AL REPRESENTANTE LEGAL Y A LOS DEMAS ADMINISTRADORES DE LA SOCIEDAD, POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA, OBTENER BAJO CUALQUIER FORMA O MODALIDAD JURIDICA PRESTAMOS POR PARTE DE LA SOCIEDAD U OBTENER DE PARTE DE LA SOCIEDAD AVAL, FIANZA O CUALQUIER OTRO TIPO DE GARANTIA DE SUS OBLIGACIONES PERSONALES.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $1,119,189,000
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : H4921

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,200

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo pueda hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la

Cámara de Comercio del Huila

CÁMARA DE COMERCIO DEL HUILA
SALUDLASER SAS.
Fecha expedición: 2021/02/24 - 12:04:10 **** Recibo No. S000886358 **** Num. Operación. 99-USUPUBXX-20210224-0087
LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS
RENUEVE SU MATRÍCULA A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2021.
CODIGO DE VERIFICACIÓN dczJz5gQVR

cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://slineiva.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación dczJz5gQVR

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Virtual

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA

Nombre:	SUCURSAL BOGOTA LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS
Matrícula No.	00285228
Fecha de matrícula:	25 de febrero de 1987
Último año renovado:	2020
Fecha de renovación:	3 de julio de 2020
Activos Vinculados:	$ 5.364.909.269,00

UBICACIÓN

Dirección Comercial:	Cl 57 No 9 - 07
Municipio:	Bogotá D.C.
Correo electrónico:	tributaria@previsora.gov.co
Teléfono comercial 1:	3485757
Teléfono comercial 2:	No reportó.
Teléfono comercial 3:	No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cl 57 No 9 - 07
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

PROPIETARIO - CASA PRINCIPAL

Nombre Sociedad (Casa Principal):	LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT:	8600024002
Domicilio Casa Principal:	Bogotá D.C.
Dirección:	Cl 57 No 9 - 07
Teléfono:	3485757

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Que mediante Oficio No. 3545 del 30 de septiembre de 2019, inscrito el 16 de Octubre de 2019 bajo el No. 00180668 del libro VIII, el

Signature Not Verified
Constanza del Pilar Puentes Trujillo

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Virtual

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de au expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Juzgado 5 Civil del Circuito De Bogotá, comunicó que en el proceso verbal No. 11001 31 03 005 2019 00542 00 de: Francisco Rojas Peña CC.14979184, Margarita Rojas Peña CC. 28715355, Víctor Julio Rojas Peña CC. 93117673, Maria de Jesús Rojas Peña CC.31896493, Maria del Carmen Peña CC. 28716091, Filiberto Rojas Peña CC.5901275, Jose Ernesto Rojas Peña CC. 16604943, Ana Ruth Rojas Peña CC. 31954793, Yesid Rojas Peña CC. 93121824, José Silvino Rojas Peña CC. 93124441, Gloria Rojas Peña CC. 39783505, José Domingo Rojas Peña CC. 16788975, Contra: Fabio Arvey Muñoz Bravo CC. 76307557, Héctor Efraín Maya Benavides CC.12986896, DISTRIBUCIONES Y SERVICIOS EL LAGO SAS, LA PREVISORA S A COMPAÑIA DE SEGUROS, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

NOMBRAMIENTO(S)

** Nombramientos **

Que por Acta no. 0000899 de Junta Directiva del 30 de marzo de 2005, inscrita el 20 de septiembre de 2005 bajo el número 00125903 del libro VI, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
GERENTE	
Paris Vallejo Francisco Javier Eugenio	C.C. 000000079148762

Que por Acta no. 1039 de Junta Directiva del 25 de septiembre de 2014, inscrita el 30 de marzo de 2015 bajo el número 00244134 del libro VI, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
(SUBGERENTE DE INDEMNIZACIONES autos)	
Buitrago Garcia Oscar Javier	C.C. 000000080871507

Que por Acta no. 0000932 de Junta Directiva del 25 de julio de 2007, inscrita el 27 de agosto de 2007 bajo el número 00151981 del libro VI, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
GERENTE SUPLENTE (SUBGERENTE DE NEGOCIOS)	
Pinzon Gutierrez Carlos Andres	C.C. 000000079781965

Que por Acta no. 0000933 de Junta Directiva del 29 de agosto de 2007, inscrita el 4 de diciembre de 2007 bajo el número 00156766 del libro VI, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
GERENTE SUPLENTE (SUBGERENTE DE NEGOCIOS)	
Ortiz Mejia Carlos German	C.C. 000000011409982

Que por Acta no. 0000936 de Junta Directiva del 26 de octubre de 2007,

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

inscrita el 2 de septiembre de 2008 bajo el número 00168387 del libro VI, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
GERENTE SUPLENTE (SUBGERENTE DE INDEMNIZACIONES)	
Chaux Ortiz Claudia Rocio	C.C. 000000051775653

Que por Acta no. 0000949 de Junta Directiva del 24 de julio de 2008, inscrita el 8 de septiembre de 2008 bajo el número 00168725 del libro VI, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
GERENTE SUPLENTE (SUBGERENTE DE RECLAMACIONES DE AUTOMOVILES)	
Salamanca Cordero Saul	C.C. 000000011343981

Que por Acta no. 957 de Junta Directiva del 20 de febrero de 2009, inscrita el 22 de mayo de 2009 bajo el número 00177552 del libro VI, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
subgerente de negocios	
Reyes Calderon Lisette Paola	C.C. 000000037750085

Sin perjuicio en lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, mediante Acta No. 975 de la Junta Directiva, del 27 de agosto de 2010, inscrita el 25 de septiembre de 2010, bajo el No. 00191289 del libro IV, se revocó la designación de Carlos Andres Pinzon Gutiérrez, Carlos German Ortiz Mejía, Claudia Roció Chaux Ortiz, Saúl Salamanca Cordero, Lisette Paola Reyes Calderon y Franciso Javier Eugenio Paris Vallejo, como representantes legales.

FACULTADES Y LIMITACIONES

Apoderado Y sus Facultades: En ejercicio de las facultades y atribuciones señaladas en el punto sexto de esta escritura fija los poderes que tendrán los gerentes de las sucursales para el manejo de los establecimientos comerciales de su jurisdicción en los siguientes términos: 1.- Administrar y dirigir con estricta sujeción a las instrucciones que reciba del presidente, vicepresidente y el gerente regional a que estén adscritas, los negocios de la compañía pertenecientes al giro ordinario que en cumplimiento de su objeto social realicen por conducto de la sucursal. 2.- En ejercicio de la anterior facultad podrán realizar los siguientes actos en el área administrativa: 2.1.- Dirigir al personal al servicio de la sucursal, impartir las ordenes e instrucciones para el buen desempeño de sus

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

labores, velar por el cumplimiento de sus obligaciones contractuales y legales, aplicar y hacer que se cumplan todos los reglamentos de la empresa, así como las demás ordenes e instrucciones que fueren impartidas por el presidente, los vicepresidentes o el gerente regional del cual dependan. 2.2. Celebrar todos los actos y contratos relacionados con compraventa de bienes muebles, obras públicas, prestación de servicios, consultoría y en general todos aquellos requeridos para la prestación de servicios generales de la compañía hasta por un valor de quinientos mil pesos ($500.000.00).- cuando se trate de contrato de prestación de servicios, u obras publicas cuyo valor no exceda de los autorizados por el estatuto de contratación administrativa, se reconocerá la obligación mediante resolución motivada de la gerencia; si exceden de las sumas allí establecidas deberán constar por escrito y obtener previo visto bueno de la vicepresidencia jurídica. 2.3.- Cumplir con las obligaciones del registro mercantil. 3.- En el área jurídica podrán ejercer sus facultades en los siguientes eventos: 3.1.- Representar a la compañía ante cualesquiera autoridades, corporaciones, funcionarios o empleados de los órganos ejecutivo, administrativo y judicial en todas las diligencias, peticiones, procesos, actos o gestiones en los que esta deba intervenir por razón de los actos u operaciones cumplidos por la sucursal, siguiendo en todos casos las instrucciones que al respecto le imparta la vicepresidencia jurídica y la gerencia regional de la cual dependen. 3.2.- Con sujeción a las órdenes que imparta la vicepresidencia jurídica, constituir apoderados judiciales o extrajudiciales, conferirles poderes con las facultades de recibir, transigir, desistir, sustituir y reasumir el mandato, según las necesidades del caso, y revocar los poderes cuando haya lugar a ello. 3.3.- En tratándose de siniestros, inspeccionar y reconocer las perdidas y daños, ordenar y pagar las indemnizaciones, objetar las reclamaciones y declinar su pago. 4.- En el área financiera podrá ejercer su facultad en los siguientes términos: 4.1.- Abrir cuentas corrientes en la sede de su domicilio, a nombre de la PREVISORA S.A., COMPAÑIA DE SEGUROS, manejando dichas cuentas de conformidad con las instrucciones impartidas por la vicepresidencia financiera y la gerencia regional a la cual estén adscritas. 4.2.- Girar y suscribir toda clase de títulos valores, con el fin de cumplir obligaciones que hayan sido contraídas válidamente por la compañía. 4.3.- Recibir dinero y títulos valores originados en actos o negocios de la sucursal; expedir recibos y hacer las cancelaciones correspondientes; depositar los dineros recaudados en las cuentas corrientes atendiendo las instrucciones que le imparta la vicepresidencia financiera y la

Cámara de Comercio de Bogotá

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manéra ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

gerencia regional a la cual se hallan adscritas. 4.4.- Pagar los impuestos de industria y comercio correspondientes a la jurisdicción de la sucursal, y efectuar la retención en la fuente en los casos a que haya lugar de acuerdo con las instrucciones que le imparta la vicepresidencia financiera. 4.5.- Elaborar el presupuesto mensual de los gastos de la sucursal y de las agencias adscritas con la oportunidad y requisitos que exija la vicepresidencia financiera y/o administrativa. 4.6.- Elaborar los balances y los demás estados financieros de la sucursal y las agencias adscritas respondiendo por la oportunidad y confiabilidad de los mismos. 4.6.- Cobrar las acreencias a favor de la compañía por concepto de primas. 5.- En el área técnica ejercerán su facultad en los siguientes términos: 5.1.- Celebrar los contratos y participar en las licitaciones que estos con lleven, de conformidad con las instrucciones que reciba de la vicepresidencia técnica y de la gerencia regional a la cual se hallen adscritas y vigilar su correcta ejecución. 5.2.- Atender las peticiones que en desarrollo de los aludidos contratos eleven los asegurados. 5.3.- Controlar la oportuna inspección de los riesgos y siniestros. 5.4.- Autorizar renovaciones y la expedición de cualquier certificado, anexo o documento destinado a modificar y/o ampliar los términos de las pólizas que fueron expedidas, todo de acuerdo con las modalidades de contratación que al respecto les señale la vicepresidencia técnica y la gerencia regional a la cual se hallen adscritas. 6.- En el área comercial ejercerán su facultad en la siguiente forma: 6.1.- Planear, organizar y responder por la gestión comercial de la sucursal. 6.2.- Adelantar y coordinar al trámite de inscripción de la compañía como proveedora del servicio de seguros en los registros de las entidades oficiales. 6.3.- verificar que exista la suficiente asignación presupuestal previamente a la suscripción de seguros en la sucursal. 6.4.- Desarrollar actividades de seguimiento de los programas de seguros contratados con las entidades aseguradoras. 6.5.- Coordinar con los productores de seguros la gestión comercial de la compañía con las entidades aseguradoras.- Que para realizar cualquier otro acto u operación diferentes de los conferidos en el presente instrumento, los gerentes regionales o de sucursal requerirán mandato escrito de la presidencia o de las vicepresidencias, según el caso, otorgado en debida forma en el que se indiquen las respectivas facultades. - Que sin perjuicio de las facultades y atribuciones conferidas a los gerentes regionales y de sucursal en esta escritura, el presidente y/o vicepresidentes de la compañía, como representantes de esta, podrán intervenir en cualquier momento, directamente o a través de delegados suyos o apoderados, en

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

cualquier asunto que afecte los intereses de la compañía, dentro del ámbito de sus funciones o atribuciones legales y estatutarias, aun en el caso de que se trate de operaciones o actos realizados o que hayan de realizarse por conducto de la regional o de la sucursal. Corresponde al jefe de departamento de producción de fianzas y SOAT autorizados para suscribir tanto solo las pólizas de este último ramo. Y el subgerente de indemnizaciones, exclusivamente para asistir a las diligencias judiciales relacionadas con siniestros.

Certifica:

Que en ejercicio de las facultades y atribuciones señaladas en la cláusula sexta de esta escritura fija, los poderes que tendrán los gerentes regionales en los siguientes términos: 1. Área administrativa y financiera: 1.1. Asesorar y asistir a las sucursales en la gestión administrativa y financiera en coordinación con las gerencias de gestión humana, recursos físicos, tesorería y contabilidad de casa matriz. 1.2. Celebrar todos los actos y contratos relacionados con el arrendamiento de bienes inmuebles, hasta por un valor total de doscientos (200) SMLMV anuales, incluidos los impuestos a que haya lugar, con sujeción a las pautas que para el efecto establezca la vicepresidencia administrativa, previo el trámite que corresponda según la circular interna de contratación y con estricta observancia de las normas de control del gasto. 1.3. Celebrar todos los actos y contratos relacionados con compraventa de bienes muebles o inmuebles, obras, prestación de servicios, consultoría y en general todos aquellos requeridos para la prestación de servicios generales de la regional, hasta por un valor de ciento cincuenta (150) SMLMV, incluidos los impuestos a que haya lugar, con sujeción a las pautas que para el efecto establezca la vicepresidencia administrativa, previo el trámite y la aprobación del comité que corresponda, según la circular interna de contratación y con estricta observancia de las normas de control del gasto. 1.4. Atender los requerimientos relacionados con los procesos de administración de personal. 1.5. Dirigir el personal al servicio regional, impartir las órdenes e instrucciones para el buen desempeño de sus labores, velar por el cumplimiento de sus obligaciones contractuales y legales, aplicar y hacer que se cumplan todos los reglamentos de la compañía, así como las demás órdenes e instrucciones que fueren impartidas por el presidente y los vicepresidentes. 1.6. Suscribir las escrituras mediante las cuales se hipotequen bienes a favor de la compañía o para levantar este gravamen, cuando a ello haya lugar, con base en la minuta que le remita la vicepresidencia jurídica, cuando se trate créditos

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

hipotecarios concedidos por la compañía. 1.7. Conceder o denegar los permisos remunerados y las comisiones que soliciten los funcionarios que dependen directamente de la sede de las regionales, y los gerentes de las sucursales adscritas. 1.8. Tramitar y adjudicar, conforme a la reglamentación vigente en la compañía, los remates de bienes declarados fuera de servicio y de salvamentos. 1.9. Representar a la compañía, en los asuntos financieros, ante los organismos de vigilancia y control y ante las entidades a que hubiere lugar en estos mismos aspectos. Realizar ante las contralorías la rendición de cuentas de su sede y velar por que los gerentes de las sucursales adscritas hagan lo propio. 1.10. Abrir cuentas corrientes en la sede de su domicilio, a nombre de la PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, manejando dichas cuentas de conformidad con las instrucciones impartidas por la vicepresidencia financiera y de operaciones. 1.11. Presentar las declaraciones de impuestos a que hubiere lugar en los ámbitos departamentales y municipales. 1.12. Girar y suscribir toda clase de cheques, letras de cambio, pagares, bonos, certificados de depósito, cartas de porte, conocimientos de embarque y facturas cambiarias, con el fin de cumplir las obligaciones que hayan sido contraídas válidamente por la compañía. 1.13. Recibir dineros y títulos valores originados en actos o negocios de la regional, y de la compañía; depositar los dineros recaudados en las cuentas corrientes, atendiendo las instrucciones que imparta la vicepresidencia financiera y de operaciones. 1.14. Coordinar la correcta y oportuna presentación de los balances y demás estados financieros de las sucursales de la regional. 1.15. Autorizar las condiciones financieras para el pago de primas de seguro, de acuerdo con las directrices fijadas por la vicepresidencia financiera y de operaciones. 1.16. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen en el área financiera de conformidad con las instrucciones impartidas en cada caso por la vicepresidencia financiera y de operaciones. 2. Área jurídica: 2.1. Representar a la compañía ante las autoridades, corporaciones, funcionarios o empleados de los órganos ejecutivo, administrativo y judicial en todas las diligencias, peticiones, procesos, actos o gestiones en los que esta deba intervenir por razón de sus actos u operaciones, de conformidad con las normas internas de la compañía. 2.2. Concurrir a juntas generales de acreedores de carácter judicial o extrajudicial cuando se trate de acreencias originadas en operaciones realizadas por la regional, aceptar o realizar las fórmulas de arreglo propuestas en ellas e intervenir en los nombramientos de administradores, síndicos o secuestres que deban realizarse, siempre

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

con sujeción a las instrucciones que sobre el particular le imparta la vicepresidencia jurídica. 2.3. Celebrar los actos y contratos relativos a prestación de servicios profesionales con abogados que requiera la compañía para asesoría jurídica o atención de procesos en los que se vea involucrada y realizar los demás actos inherentes a la contratación y/o al proceso, todo lo anterior, con sujeción a las instrucciones que imparta la vicepresidencia jurídica a través de la circular de contratación de abogados a la cual también se supeditara la constitución de apoderados judiciales o extrajudiciales. 2.4. Celebrar y ejecutar con sujeción a lo dispuesto en el manual de indemnizaciones, todos los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de las solicitudes indemnizatorias presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la compañía, efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones y objetar o declinar las reclamaciones, cuando a ello haya lugar. 2.5. Cuando se trate de la contratación de abogados para asuntos relacionados con indemnizaciones, con sujeción a lo dispuesto en la circular de contratación de abogados, está facultado para otorgar el poder correspondiente, asistir en representación de la compañía a las diligencias judiciales o extrajudiciales, y celebrar en desarrollo de las mismas las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa recomendación del comité de defensa judicial y conciliación. 2.6. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen en esta área, en las cuantías y bajo el procedimiento establecidos en la circular de contratación de abogados. 3. Área de seguros: 3.1. Celebrar y ejecutar sin límite de cuantía, los actos y contratos de seguro y coaseguro y los demás requeridos para la participación de la compañía en los procesos de selección abiertos para la contratación de seguros; expedir las pólizas y demás certificados o anexos de las mismas y vigilar la correcta ejecución de aquellos. 3.2. Celebrar los actos y contratos relacionados con evaluadores de riesgo, investigadores, actuarios, y demás asesorías de orden técnico para la asunción de los riesgos. 3.3. Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control, en los trámites relacionados con pólizas y tarifas y en los requerimientos formulados sobre operaciones correspondientes a la sede de la regional. 3.4. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen en esta área. 4. Área comercial: 4.1. Celebrar y ejecutar, en coordinación con la vicepresidencia de seguros y/o la comercial, los actos y contratos requeridos para la participación de la compañía y/ o de la regional, en licitaciones públicas o privadas; procesos de contratación directa; concursos; invitaciones y solicitudes de

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

cotización de seguros, en el ámbito regional y/ o nacional. 4.2. Celebrar y ejecutar los actos y contratos en materia de intermediación de seguros expedidos por la regional. 4.3. Celebrar y ejecutar, previa autorización de la vicepresidencia comercial, los actos y contratos relacionados con promoción o suministro de productos o servicios de seguros. 4.4. Representar a la sede de la regional ante las autoridades judiciales y administrativas, los organismos de vigilancia y control, y las entidades a que hubiere lugar, en los asuntos comerciales referentes al manejo de intermediarios y comisiones, mercadeo de productos y operaciones de cartera. 4.5. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen en esta área, en las cuantías y bajo el procedimiento establecido por la vicepresidencia comercial. 4.6. Celebrar los actos y contratos relativos al cumplimiento de obligaciones a cargo o a favor de la compañía en relación con negocios celebrados por conducto de la regional. Gerentes regionales y de la sucursal: La sociedad tendrá los gerentes regionales y de sucursal que estime conveniente su presidente y que la junta directiva apruebe, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía para presentar propuesta en licitaciones públicas y privadas, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven a estas, participar en procesos de contratación directa, concursos, invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera, jurídica, de seguros y comercial, de conformidad con las facultades delegadas mediante escritura pública número cuatro mil ochocientos treinta y dos (4832) del diecisiete (17) de diciembre de dos mil cuatro (2.004), de la notaria doce (12) del circulo de Bogotá D.C., o el acto que la modifique, adicione o sustituya. Decima: Que con base en los artículos cuarenta y cinco (45), literal U) y cincuenta y seis (56) literal M) de los estatutos de la compañía y en ejercicio de las facultades y atribuciones señaladas en la cláusula sexta de esta escritura, autoriza a los gerentes regionales y a sus respectivos suplentes para representar legalmente a la compañía y para ejercer la facultad de ordenación del gasto en las materias y en las condiciones señaladas en el presente poder. Decima primera: Que con fundamento en las facultades y atribuciones señaladas en la cláusula anterior, delega en los subgerentes de regional, las siguientes facultades: 1. En los subgerentes de seguros: 1.1. La facultad de suscribir conforme a los manuales de suscripción emitidos por la vicepresidencia de seguros, las pólizas expedidas por la regional. 1.2. Celebrar y ejecutar, con sujeción a los manuales de suscripción emitidos por la

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

vicepresidencia de seguros, los actos y contratos requeridos para la expedición de las pólizas. 1.3. Celebrar y ejecutar sin límite de cuantía, los actos y contratos de seguro y coaseguro y los demás requeridos para la participación de la regional en los procesos de selección abiertos para la contratación de seguros; expedir las pólizas y demás certificados o anexos de las mismas y vigilar la correcta ejecución de aquellos. 2.- En los subgerentes de indemnizaciones: 2.1. La facultad de celebrar, de acuerdo con el manual de indemnización vigente los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de las reclamaciones presentadas con fundamento en las pólizas expedidas. 2.2. Efectuar los pagos indemnizatorios derivados de las pólizas, con sujeción a las políticas impartidas por la vicepresidencia jurídica, a través del manual de indemnizaciones. 2. 3. Representar a la compañía en diligencias judiciales y extrajudiciales originadas en siniestros, con la facultad de conciliar o transar, en los términos recomendados por el comité de defensa judicial y conciliación. 3. En los subgerentes comerciales: 3.1. En relación con el manejo de intermediarios y pago de comisiones, representaran a la compañía en los negocios cuyo monto sea autorizado por la vicepresidencia comercial, la de seguros y/o las gerencias regionales. 4.- Los subgerentes de negocios de regional tendrán las mismas facultades establecidas en los numerales 1.1.,1.2., 1.3. Y 3 .1 .. Decima segunda: Que en ejercicio de las atribuciones señaladas en la cláusula sexta de esta escritura establece las facultades de los coordinadores de las subgerencias regionales de los ramos de SOAT y vida quienes, conforme al manual de suscripción expedido por la vicepresidencia de seguros, podrán suscribir las pólizas correspondientes a estos ramos.

Certifica:

Que en ejercicio de las atribuciones señaladas en la cláusula sexta de esta escritura fija los poderes que tendrán: 1. El gerente del centro de atención de servicios "cas". 2. El subgerente de reclamaciones "cas". 3. El subgerente jurídico "cas". 4. El subgerente de reclamaciones automóviles "cas". 1. El gerente del centro de atención de servicios "cas": 1.1 Tramitar las reclamaciones indemnizatorias, con sujeción a los manuales de indemnización expedidos por la vicepresidencia jurídica, para las diferentes sucursales de la PREVISORA S. A. COMPAÑIA DE SEGUROS. 1.2 Celebrar y ejecutar con sujeción a los manuales y circulares vigentes, los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de los siniestros, incluidos los de abogado. 1.3 Otorgar poderes y representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

en siniestros, con la facultad de conciliar y transigir, en los términos recomendados por el comité de defensa judicial y conciliación, así como renunciar a términos desistir y absolver interrogatorios de parte. 1.4 Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control en los trámites que deban adelantarse ante los mismos y para la atención de requerimientos. 1.5 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en los anteriores numerales de la cláusula decima quinta. 2. El subgerente de reclamaciones del centro de atención de servicios "cas": 2.1 Celebrar y ejecutar con sujeción al manual de indemnizaciones todos los actos y contratos requeridos para la adecuada atención de las solicitudes indemnizatoras presentadas con fundamento en las pólizas expedidas por la compañía. 2.2. Efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones cuando a ello haya lugar. 2.3 Celebrar los actos y contratos relacionados con ajustadores, investigadores y demás asesorías de orden técnico, para la atención de los siniestros, otorgar poderes y asistir en representación de la compañía, a toda clase de diligencias arbitrales, judiciales o extrajudiciales, así como celebrar en desarrollo de las mismas, conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa recomendación del comité de defensa judicial y conciliación, y notificarse de todas las decisiones administrativas, judiciales y demás organismos de control; renunciar a términos, desistir y absolver interrogatorios de parte. 2.4 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en los anteriores numerales de la cláusula decima quinta. 3. El subgerente jurídico del centro de atención de servicios "cas". 3.1 Ejercer la representación judicial de la compañía ante todas las autoridades de los órdenes administrativo y judicial. 3.2 Representar a la compañía en las diligencias arbitrales, judiciales y extrajudiciales, por asuntos relacionados con indemnizaciones; notificarse de toda clase de providencias, judiciales o administrativas; absolver interrogatorios de parte; renunciar a términos; así como desarrollar en desarrollo de dichas diligencias, las conciliaciones o transacciones, o desistimientos que fueren necesarios, previa recomendación del comité de defensa judicial y conciliación. 3.3 Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control en los trámites que deban adelantarse ante los mismos y para la atención de requerimientos. 4. El subgerente de reclamaciones automóviles "cas". 4.1 Celebrar y ejecutar con sujeción al manual de indemnizaciones, todos los actos y

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

contratos requeridos para la adecuada atención de las solicitudes indemnizatorias presentadas con fundamento en las pólizas de automóviles. 4.2 Efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones, cuando a ello haya lugar. 4.3 Celebrar los actos y contratos relacionados con ajustadores, investigadores y demás asesorías de orden técnico, para la atención de los siniestros derivados de las pólizas de automóviles, otorgar poderes y asistir en representación de la compañía a toda clase de diligencias arbitrales, judiciales o extrajudiciales, así como celebrar en desarrollo de las mismas conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa recomendación del comité de defensa judicial y conciliación, y notificarse de todas las decisiones administrativas, judiciales y demás organismos de control; renunciar a términos, desistir y absolver interrogatorios de parte. 4:4 Celebrar los actos y contratos relativos a la administración, comercialización y tradición, de los salvamentos de automóviles, de conformidad con la circular de salvamentos e informar el área correspondiente para efectos del respectivo registro contable. 4.5 Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones, en los términos señalados en los anteriores numerales de la cláusula decima quinta. 5. El subgerente de seguros de la sucursal centro andino, y el subgerente de la sucursal san diego: 5.1 La facultad de suscribir, conforme a los manuales de suscripción emitidos por la vicepresidencia de seguros, las pólizas expedidas por la sucursal. 5.2 Celebrar y ejecutar con sujeción a los manuales de suscripción emitidos por la vicepresidencia de seguros, los actos y contratos requeridos para la expedición de las pólizas de la sucursal. - Que la gerencia de tesorería de casa matriz, tendrá la facultad de celebrar todos los actos necesarios para efectuar inversiones, así como todo tipo de operaciones financieras en Colombia.

Certifica:

Que en ejercicio de las facultades y atribuciones señaladas en la cláusula sexta de esta escritura, fija los poderes que tendrán los gerentes de sucursal en los siguientes términos: 1. En materia administrativa y financiera: 1.1. Llevar a cabo la gestión administrativa y financiera de la sucursal en coordinación con las gerencias de gestión humana y recursos físicos, y contable y tributaria. 1.2. Celebrar todos los actos y contratos relacionados con el arrendamiento de bienes inmuebles, hasta por un valor total de doscientos (200) SMLMV anuales, incluidos los impuestos a que haya lugar; con sujeción a las pautas que: para el efecto establezca la

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

vicepresidencia administrativa y financiera, en concordancia con la circular interna de contratación y con estricta observancia de las normas de control del gasto. 1.3. Celebrar todos los actos y contratos relacionados con compraventa de bienes muebles o inmuebles, adecuaciones físicas, prestación de servicios, consultoría y en general todos aquellos requeridos para la prestación de servicios generales de la sucursal hasta por un valor de ciento cincuenta (150) SMLMV, incluidos los impuestos a que haya lugar, con sujeción a las pautas que para el efecto establezca la vicepresidencia administrativa y financiera, en concordancia con la circular interna de contratación y con estricta observancia de las normas de control del gasto. 1.4. Atender los requerimientos relacionados con los procesos de administración de personal de la sucursal en coordinación con la gerencia de gestión humana y recursos físicos. 1.5. Dirigir el personal al servicio de la sucursal, impartir las órdenes e instrucciones para el buen: Desempeño de sus labores, velar por el cumplimiento de sus obligaciones contractuales y legales, aplicar y hacer que se cumplan todos los reglamentos de la compañía, así como las demás órdenes e instrucciones que fueren impartidas por el presidente y los vicepresidentes. 1.6. Suscribir las escrituras mediante las cuales se hipotequen bienes a favor de la compañía o para levantar este gravamen, cuando a ello haya lugar, con base en la minuta que le remita la vicepresidencia jurídica y de indemnizaciones. 1.7. Representar a la compañía, dentro de la jurisdicción de la sucursal, en los asuntos financieros ante los organismos de vigilancia y control y ante las entidades a que hubiere lugar en estos mismos aspectos. Realizar ante las contralorías la rendición de cuentas de su sucursal. 1.8. Presentar las declaraciones de impuestos a que tuviere lugar en los ámbitos departamentales y municipales, así como el pago oportuno de los mismos. 1.9. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen en materia administrativa y financiera de conformidad con las instrucciones impartidas en cada caso por la vicepresidencia administrativa y financiera. 1.10. Coordinar y monitorear la adecuada administración del archivo de la compañía en la respectiva sucursal, conforme a las políticas y directrices fijadas por la vicepresidencia administrativa y financiera. 1.11. Velar porque en la sucursal se dé cumplimiento a las políticas y programas de salud ocupacional y seguridad industrial establecidas por la compañía y la ley. 2. En materia jurídica: 2.1. Representar a la compañía en la jurisdicción de la sucursal, ante las autoridades, corporaciones, funcionarios o empleados de los órganos ejecutivo, administrativo y judicial en todas las diligencias,

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

peticiones, procesos, actos o gestiones en los que ésta deba intervenir por razón de los actos u operaciones, de conformidad, con las normas internas de la compañía. Igualmente, bajo los mismos parámetros, otorgar poderes especiales a abogados externos de la compañía siempre con sujeción a las instrucciones que sobre el particular le imparta la vicepresidencia j jurídica y de indemnizaciones. 2.2. Concurrir a juntas generales de acreedores de carácter judicial o extrajudicial cuando se trate de acreencias originadas en operaciones realizadas por la compañía, aceptar o realizar las fórmulas de arreglo propuestas en ellas e intervenir en los nombramientos de administradores, síndicos o secuestres que deban realizarse, siempre con sujeción a las instrucciones que sobre el particular le imparta la vicepresidencia jurídica y de indemnizaciones. 2.3. Asistir en representación de la compañía a las diligencias judiciales y extrajudiciales de que se trate y celebrar, en desarrollo de las mismas las conciliaciones o transacciones que fueren necesarias, previa recomendación del comité de defensa judicial y conciliación. 3. En materia técnica: 3.1. Celebrar y ejecutar los actos contratos de seguro y coaseguro y los demás requeridos para la participación de la compañía en los procesos de selección abiertos para la contratación de seguros; expedir las pólizas y demás certificados o anexos de las mismas y vigilar la correcta ejecución de aquellos. 3.2. Celebrar los actos y contratos relacionados con evaluadores de riesgo y demás asesorías de orden técnico para la asunción de los riesgos. 3.3. Representar a la compañía ante los organismos de vigilancia y control, en los trámites relacionados con pólizas y tarifas y en los requerimientos formulados, sobre operaciones correspondientes a la sucursal. 3.4. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen en la sucursal en materia técnica, bajo el procedimiento establecido por la vicepresidencia técnica. 3.5. Recibir y custodiar las contragarantías originadas con ocasión de pólizas de seguro suscritas en la sucursal, atendiendo las instrucciones que imparta la vicepresidencia técnica. 4. En materia comercial: 4.1. Celebrar y ejecutar, en coordinación con la vicepresidencia técnica y/o la comercial, los actos y contratos requeridos para la participación de la compañía; y/o sucursal en las licitaciones públicas o privadas; procesos de contratación directa; concursos; invitaciones y solicitud de cotización de seguros, en el ámbito regional y/o nacional. 4.2. Celebrar y ejecutar los actos y contratos en materia de intermediación de seguros expedidos por fa sucursal, con base en fa minuta y condiciones establecidas para el efecto. 4.3. Celebrar y:

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

ejecutar, previa autorización de la vicepresidencia comercial, los actos y contratos relacionados con promoción o suministro de productos o servicios e seguros. 4.4. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen en materia comercial, en las cuantías y bajo el procedimiento establecido por la vicepresidencia comercial. 4.5. Celebrar los actos y contratos relativos al cumplimiento de obligaciones a cago o a favor de la compañía en relación con negocios celebrados por conducto de la sucursal. 4.6. Autorizar las condiciones financieras para el pago de primas de seguro, de acuerdo con las directrices fijadas por la vicepresidencia comercial. 5. En materia de operaciones: 5.1. Abrir cuentas corrientes en la sede de su domicilio, a nombre de la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, manejando dichas cuentas de conformidad con las instrucciones impartidas por la vicepresidencia de operaciones y tecnología. Novena: que con base en el artículo cincuenta y ocho (58) de los estatutos de la compañía y en ejercicio de las facultades y atribuciones señaladas en la cláusula sexta de esta escritura, autoriza a los gerentes de las sucursales y a sus respectivos suplentes para representar legalmente a la compañía y para ejercer la facultad d ordenación del gasto en las materias y en las condiciones señaladas en el presente, poder. Decima: que con fundamento en las facultades y atribuciones señaladas en cláusula anterior, delega en el subgerente de sucursal, las siguiente facultades: 1. La facultad de suscribir, conforme a los manuales de suscripción emitidos por la vicepresidencia técnica, las pólizas expedidas por la sucursal. 2. Celebrar y ejecutar, con sujeción a los manuales de suscripción emitidos por la vicepresidencia técnica, los actos y contratos requeridos para la expedición de las pólizas. 3. Celebrar y ejecutar los actos y contratos de seguro y coaseguro y los demás requeridos para la participación de la sucursal en los procesos de selección abiertos para la contratación de seguros; expedir las pólizas y demás certificados o anexos de las mismas y vigilar la correcta ejecución de aquellos. 4. En relación con el manejo de intermediarios y pago de comisiones, representarán a la compañía en los negocios cuyo monto sea autorizado por la vicepresidencia comercial y la técnica.

Certifica:

Que en ejercicio de las facultades y atribuciones señaladas en la cláusula sexta de esta escritura, fija los poderes que tendrán los jefes de oficinas regionales de operaciones de sucursal en los siguientes términos: 1. Efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones, objetar o declinar las reclamaciones, cuando a ello haya lugar. 2. Celebrar los actos y contratos relacionados con

ajustadores, investigadores y demás asesorías de orden técnico, para la atención de los siniestros. 3. Actuar como ordenador del gasto en las operaciones que se generen por razón de sus atribuciones con estricta observancia de las normas de control del gasto. 4. Las demás funciones establecidas en el artículo 43 y concordantes del Decreto 5019 de 2009 emitido por la Presidencia de la República.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS CASA PRINCIPAL

Por Escritura Pública No. 0144 del 01 de febrero de 1999, adicionada por Escritura Pública No. 0373 del 02 de marzo de 1999, ambas de la Notaría 10 de Santafé de Bogotá, inscritas el 15 de febrero de 1999 y el 26 de mayo de 1999 bajo los Nos. 668475 y 681712 del libro IX, la sociedad de la referencia absorbió por fusión a la sociedad SEGUROS TEQUENDAMA S.A.

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
2146	6-VIII-1954	6A BTA.	14-VIII-1954-24005
7	4-I-1.956	6A BTA	12-I-1.956-25118
1400	14-V-1.958	6A BTA	23-IX-1.959-28095
3658	21-IX-1.962	9A BTA	16-X-1.962-31124
.0771	27-III-1.971	14 BTA	19-V-1.971-43932
4097	15-XI-1.971	14 BTA	19-XI-1.971-45227
3524	9-X-1.973	8 BTA	27-III-1.974-16615
3017	30-VIII-1.974	8 BTA	18-IX-1.974-21039
731	2-VI-1.976	18 BTA	18-VI-1.976-36608
0589	14-VI-1.978	16 BTA	16-VIII-1.978-60681
248	6-XI-1.980	26 BTA	3-XII-1.980-93523
3043	21-VI-1.983	6 BTA	8-VIII-1.983-137040
3769	28-VII-1.983	6 BTA	8-VIII-1.983-137041
1483	5-VIII-1.983	20 BTA	31-VII-1.985-174240
1448	24- II -1.986	5A BTA	26- II-1.986-186076
418	2- IV -1.987	33 BTA	26- V -1.987-211953
4586	3- XII-1.987	14 BTA.	8- I -1.988-226202
860	27-VI -1.986	33 BTA.	23-II -1.988-229395

Cámara de Comercio de Bogotá

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

4826	13- X -1.988	18 BTA.	21-X -1.988-248517
8908	21-XII-1.989	15 BTA.	19-II- 1.990 287384
190	7 - II-1.991	24 BTA.	19-III-1.991- 320572
737	20 - II-1.992	14 STAFE BTA	28- II-1.992- 357703
4360	5-X -1.993	42 STAFE BTA	20- X -1.993- 424570
5597	10-X -1.994	18 STAFE BTA	17-XI -1.994- 470391
2884	18-VIII-1.995	45 STAFE BTA	26-IX -1.995- 510087
3236	29-XII--1995	50 STAFE BTA	22-I--1996- 523954

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0000341 del 16 de febrero de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.	00633526 del 13 de mayo de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0000512 del 5 de marzo de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.	00633527 del 13 de mayo de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0002095 del 20 de agosto de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.	00679637 del 11 de mayo de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0000144 del 1 de febrero de 1999 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00668475 del 15 de febrero de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0000373 del 2 de marzo de 1999 de la Notaría 10 de Bogotá D.C.	00681712 del 26 de mayo de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0001500 del 29 de junio de 1999 de la Notaría 57 de Bogotá D.C.	00686698 del 2 de julio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0000258 del 1 de febrero de 2000 de la Notaría 37 de Bogotá D.C.	00715356 del 9 de febrero de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0000537 del 5 de abril de 2000 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	00726794 del 3 de mayo de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0001635 del 10 de mayo de 2000 de la Notaría 37 de Bogotá D.C.	00730391 del 26 de mayo de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0001545 del 7 de septiembre de 2001 de la Notaría	00794436 del 18 de septiembre de 2001 del Libro IX

Cámara de Comercio de Bogotá

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

26 de Bogotá D.C.	
E. P. No. 0001545 del 7 de septiembre de 2001 de la Notaría 26 de Bogotá D.C.	00801664 del 9 de noviembre de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0003446 del 17 de diciembre de 2001 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	00809800 del 10 de enero de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0000431 del 5 de marzo de 2004 de la Notaría 22 de Bogotá D.C.	00924511 del 11 de marzo de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0002157 del 11 de octubre de 2004 de la Notaría 22 de Bogotá D.C.	00961839 del 11 de noviembre de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0004832 del 17 de diciembre de 2004 de la Notaría 12 de Bogotá D.C.	00121211 del 14 de febrero de 2005 del Libro VI
E. P. No. 0004832 del 17 de diciembre de 2004 de la Notaría 12 de Bogotá D.C.	00971883 del 13 de enero de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0000505 del 21 de marzo de 2007 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01196807 del 7 de marzo de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0000807 del 5 de junio de 2008 de la Notaría 22 de Bogotá D.C.	01220696 del 12 de junio de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0006766 del 31 de diciembre de 2008 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	01267066 del 31 de diciembre de 2008 del Libro IX
E. P. No. 1130 del 13 de abril de 2009 de la Notaría 12 de Bogotá D.C.	01292369 del 24 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 0650 del 30 de abril de 2009 de la Notaría 22 de Bogotá D.C.	01294013 del 4 de mayo de 2009 del Libro IX
E. P. No. 590 del 20 de abril de 2010 de la Notaría 22 de Bogotá D.C.	01378878 del 27 de abril de 2010 del Libro IX
E. P. No. 1178 del 8 de agosto de 2011 de la Notaría 22 de Bogotá D.C.	01528276 del 17 de noviembre de 2011 del Libro IX
E. P. No. 868 del 31 de mayo de 2012 de la Notaría 22 de Bogotá	01651365 del 18 de julio de 2012 del Libro IX

Cámara de Comercio de Bogotá

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

D.C.	
E. P. No. 2977 del 29 de mayo de 2015 de la Notaría 68 de Bogotá D.C.	01945377 del 3 de junio de 2015 del Libro IX
E. P. No. 03235 del 18 de noviembre de 2015 de la Notaría 67 de Bogotá D.C.	02038876 del 25 de noviembre de 2015 del Libro IX
E. P. No. 1631 del 4 de agosto de 2016 de la Notaría 4 de Bogotá D.C.	02133797 del 23 de agosto de 2016 del Libro IX
E. P. No. 2069 del 3 de octubre de 2017 de la Notaría 14 de Bogotá D.C.	02269025 del 20 de octubre de 2017 del Libro IX
E. P. No. 0973 del 12 de abril de 2018 de la Notaría 6 de Bogotá D.C.	02334907 del 26 de abril de 2018 del Libro IX
E. P. No. 1119 del 30 de abril de 2018 de la Notaría 5 de Bogotá D.C.	02338604 del 10 de mayo de 2018 del Libro IX
E. P. No. 1255 del 20 de mayo de 2019 de la Notaría 2 de Bogotá D.C.	02470985 del 29 de mayo de 2019 del Libro IX
E. P. No. 2037 del 10 de julio de 2020 de la Notaría 72 de Bogotá D.C.	02588648 del 21 de julio de 2020 del Libro IX

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LA PERSONA JURÍDICA PROPIETARIA DE LA SUCURSAL, DEBERÁ SOLICITAR EL RESPECTIVO CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Sede Virtual

CERTIFICADO DE MATRÍCULA DE SUCURSAL NACIONAL

Fecha Expedición: 5 de febrero de 2021 Hora: 17:10:28
Recibo No. AA21146783
Valor: $ 3,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21146783E1B22

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La información anterior ha sido tomada directamente del formulario de matrícula diligenciado por el comerciante.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

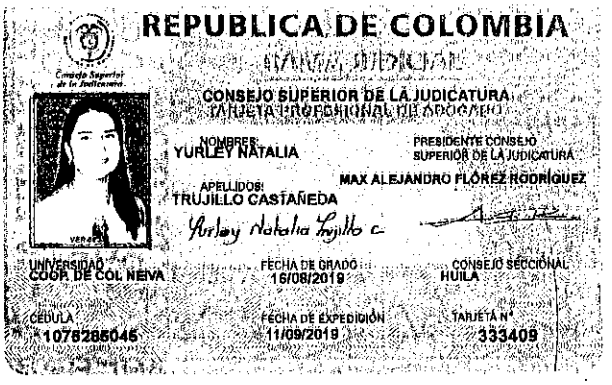
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sucursal, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
YURLEY NATALIA

APELLIDOS:
TRUJILLO CASTAÑEDA

Yurley Natalia Trujillo C.

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
MAX ALEJANDRO FLÓREZ RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD
COOP. DE COL NEIVA

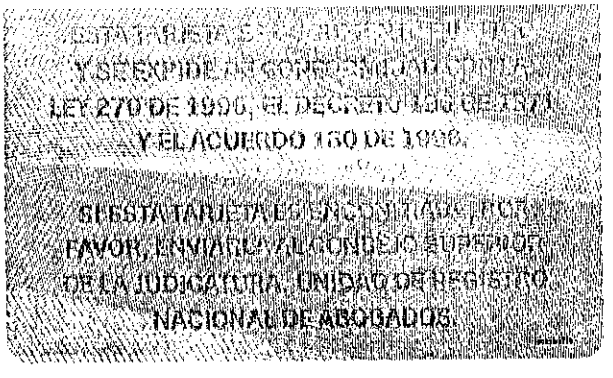
FECHA DE GRADO
16/08/2019

CONSEJO SECCIONAL
HUILA

C.C. CEDULA
1078286046

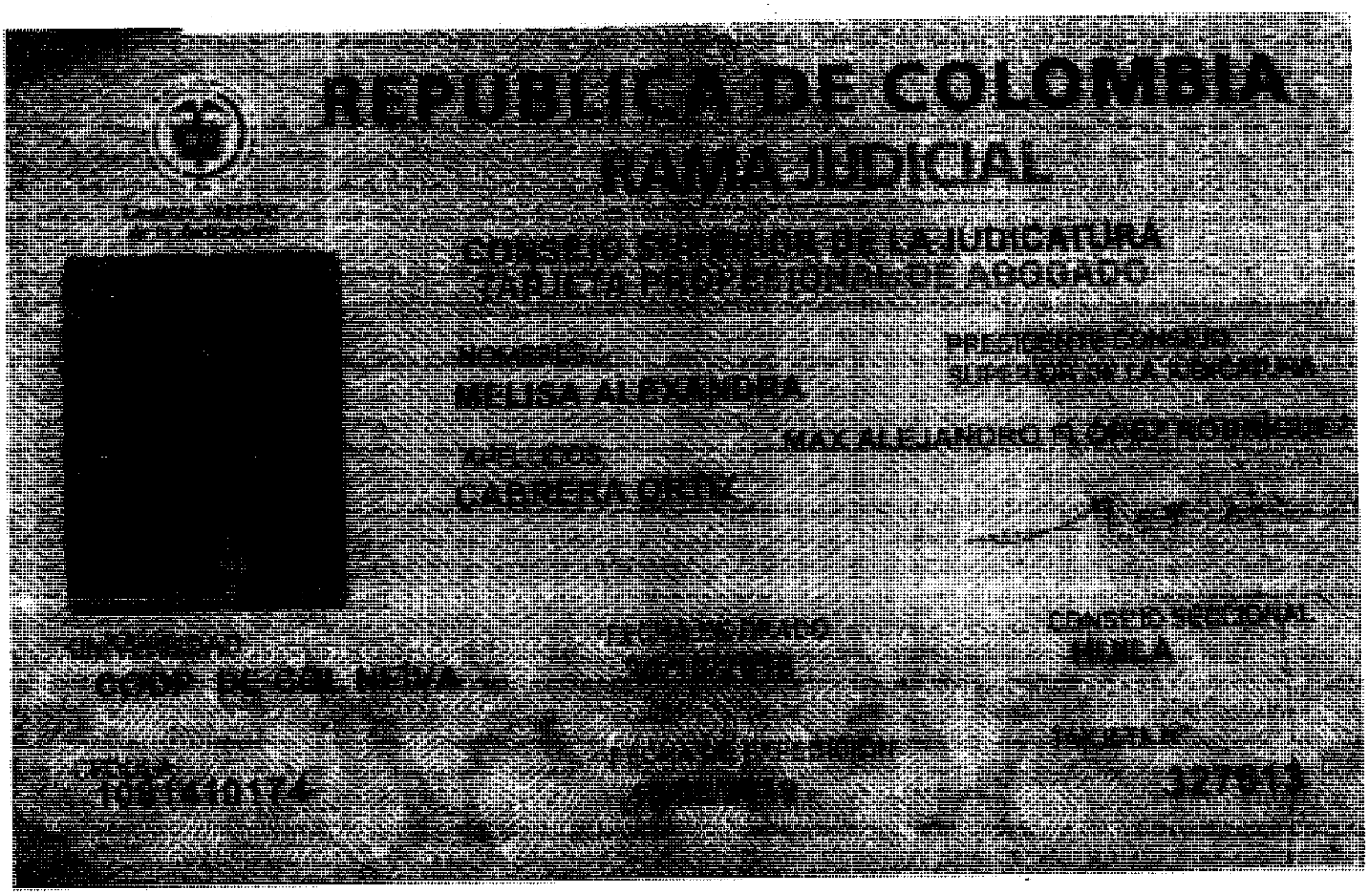
FECHA DE EXPEDICIÓN
11/09/2019

TARJETA N°
333409



ESTA TARJETA SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO
NOMBRES
MELISA ALEXANDRA
APELLIDOS
CABRERA OREJ
PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
MAX ALEJANDRO FLOREZ RODRIGUEZ
CONSEJO SECCIONAL
HUILA
TARJETA N°
327913

Señor
JUEZ DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA (REPARTO)
E. S. D.

MIREYA SANCHEZ TOSCANO, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No.116.256 del C. S. de la J., obrando en mi condición de apoderada de la sociedad **SALUDLASER S.A.S.**, muy respetuosamente me permito formular ante su despacho DEMANDA EJECUTIVA, se sirva el señor Juez mediante providencia dictar mandamiento de pago contra **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.**

NOMBRE DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- Concurre como demandante la sociedad **SALUDLASER S.A.S.**, con NIT. 900.324.272-2, representada legalmente por **DEISY JOHANA SANCHEZ TRUJILLO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.079.391.108.

- Intervendrá como demandada la empresa **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**, con **NIT 860002400 – 2** representada legalmente por **CONSUELO GONZALEZ BARRETO**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.252.961 o quien haga sus veces en el momento de la notificación de la demanda.

DOMICILIO DE LAS PARTES Y DE SUS REPRESENTANTES

- La demandante sociedad **SALUDLASER S.A.S.**, tiene su domicilio en la Calle 18 No. 6 - 46 de la ciudad de Neiva.

- La demandada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA. DE SEGUROS**, tiene su Domicilio en Bogotá, en la calle 57 No. 9 – 07.

NOMBRE, DOMICILIO Y DIRECCION DE LA APODERADA JUDICIAL DE LA DEMANDANTE

- Actúa como apoderada judicial de la demandante la suscrita abogada **MIREYA SANCHEZ TOSCANO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 36.173.846 de Neiva, abogada en ejercicio con Tarjeta Profesional No. 116.256 del C. S. de la J., domiciliada en la carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva (H).

PROCESO A SEGUIR

A la presente demanda debe dársele el trámite del proceso ejecutivo de mínima cuantía en acumulación de pretensiones, de que trata el Titulo Único Proceso Ejecutivo del C.G.P.

PRETENSIONES

PRIMERA: Se libre mandamiento de pago a favor de la sociedad **SALUDLASER S.A.S.**, con domicilio principal en Neiva, representada legalmente **DEISY JOHANA SANCHEZ TRUJILLO**, con **NIT. 900.324.272-2** y en contra de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS** con **NIT 860002400 – 2** Representada legalmente por **CONSUELO GONZALEZ BARRETO**, identificado con la cedula de ciudadanía No.19.480.687, o quien haga sus veces, por las siguientes sumas líquidas de dinero, correspondientes a los servicios de transporte, prestados a personas amparadas por el SOAT expedido por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS**:

1. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 9830**, presentada para su pago el **08 de marzo de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09 de abril de 2018) y hasta que se verifique su pago.

2. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 9839**, presentada para su pago el **08 de marzo de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09 de abril de 2018) y hasta que se verifique su pago.

3. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 9851**, presentada para su pago el **08 de marzo de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09 de abril de 2018) y hasta que se verifique su pago.

4. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 9862**, presentada para su pago el **09 de marzo de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09 de abril de 2018) y hasta que se verifique su pago.

5. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 9876**, presentada para su pago el **08 de marzo de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (09 de abril de 2018) y hasta que se verifique su pago.

6. $ 245.900.00 Capital de la **factura No. 10097**, presentada para su pago el **27 de marzo de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28 de abril de 2018) y hasta que se verifique su pago.

7. $ 245.900.00 Capital de la **factura No. 10103**, presentada para su pago el **27 de marzo de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (28 de abril de 2018) y hasta que se verifique su pago.

8. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10195**, presentada para su pago el **12 de abril de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de mayo de 2018) y hasta que se verifique su pago.

9. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10197**, presentada para su pago el **12 de abril de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de mayo de 2018) y hasta que se verifique su pago.

10. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10206**, presentada para su pago el **12 de abril de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de mayo de 2018) y hasta que se verifique su pago.

11. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10326,** presentada para su pago el **04 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (05 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

12. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10334,** presentada para su pago el **04 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (05 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

13. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10531,** presentada para su pago el **04 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (05 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

14. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10532,** presentada para su pago el **04 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (05 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

15. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10538,** presentada para su pago el **04 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (05 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

16. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10546,** presentada para su pago el **04 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (05 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

17. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10561,** presentada para su pago el **15 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

18. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10562,** presentada para su pago el **15 de mayo de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (16 de junio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

19. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10655,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

20. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10665,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

21. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10675,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

22. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10682,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

23. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10684,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

24. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10687,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

25. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10688,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

26. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10697,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

27. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10703,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

28. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10817,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

29. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10825,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

30. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10830,** presentada para su pago el **05 de junio de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

31. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10837**, presentada para su pago el **05 de junio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

32. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10848**, presentada para su pago el **05 de junio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

33. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10854**, presentada para su pago el **05 de junio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (06 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

34. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10934**, presentada para su pago el **19 de junio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (20 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

35. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10948**, presentada para su pago el **19 de junio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (20 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

36. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10952**, presentada para su pago el **19 de junio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (20 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

37. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 10961**, presentada para su pago el **19 de junio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (20 de julio de 2018) y hasta que se verifique su pago.

38. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11254**, presentada para su pago el **13 de julio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (14 de agosto de 2018) y hasta que se verifique su pago.

39. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11277**, presentada para su pago el **13 de julio de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (14 de agosto de 2018) y hasta que se verifique su pago.

40. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11780**, presentada para su pago el **24 de agosto de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

41. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11785,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

42. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11787,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

43. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11793,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

44. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11852,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

45. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11867,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

46. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11874,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

47. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11877,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

48. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11886,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

49. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11892,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

50. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 11908,** presentada para su pago el **24 de agosto de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (25 de septiembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

51. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12051**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

52. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12054**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

53. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12055**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

54. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12062**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

55. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12067**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago

56. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12073**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

57. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12074**, presentoda para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

58. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12094**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

59. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12106**, presentada para su pago el **07 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (08 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

60. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12220**, presentada para su pago el **14 de septiembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (15 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

61. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12228,** presentada para su pago el **14 de septiembre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (15 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

62. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12235,** presentada para su pago el **14 de septiembre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (15 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

63. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12247**presentada para su pago el **14 de septiembre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (15 de octubre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

64. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12674,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

65. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12678,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

66. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12679,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

67. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12680,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

68. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12688,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

69. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12691,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

70. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12700,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

71. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12710,** presentada para su pago el **12 de octubre de 2018,** más los intereses moratorios a la tasa máxima legal

permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (13 de noviembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

72. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12809**, presentada para su pago el **30 de octubre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (1 de diciembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

73. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12822**, presentada para su pago el **30 de octubre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (1 de diciembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

74. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 12825**, presentada para su pago el **30 de octubre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (1 de diciembre de 2018) y hasta que se verifique su pago.

75. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 13151**, presentada para su pago el **18 de diciembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19 de enero de 2019) y hasta que se verifique su pago.

76. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 13161**, presentada para su pago el **18 de diciembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19 de enero de 2019) y hasta que se verifique su pago.

77. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 13165**, presentada para su pago el **18 de diciembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19 de enero de 2019) y hasta que se verifique su pago.

78. $ 260.414.00 Capital de la **factura No. 13169**, presentada para su pago el **18 de diciembre de 2018**, más los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, desde la fecha en que se hizo exigible (19 de enero de 2019) y hasta que se verifique su pago.

SEGUNDA: Que se condene en costas a la demandada **COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**

HECHOS

1. **SALUDLASER S.A.S.**, entidad prestadora de servicios de TRASPORTE ASISTENCIAL BASICO se encuentra debidamente habilitada para dicho servicio en el registro especial de prestadores de salud- REPS con número único del Distintivo de Habilitaciones de Servicios DHS150980.

2. **SALUDLASER S.A.S.**, en cumplimiento de la obligación impuesta por el **artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 056 de 2015 compilado en el decreto 780 del 2016**, brindó servicio de transporte, a las personas lesionadas y que se encuentran amparadas por el SOAT expedido por la aseguradora **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS**.

3. La sociedad **SALUDLASER S.A.S.**, en cumplimiento de un mandato legal, presentó para su pago ante **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.** las siguientes facturas (TITULO VALOR), acatando el artículo 21,22,23,24,25,26 del Decreto 056 del 2015:

ITEMS	FACTURA #	FECHA DE FACTURA	F/RADICACION	TOTAL VENCIDO
1	9830	05/03/2018	8/03/2018	$ 260.414,00
2	9839	05/03/2018	8/03/2018	$ 260.414,00
3	9851	05/03/2018	8/03/2018	$ 260.414,00
4	9862	5/03/2018	8/03/2018	$ 260.414,00
5	9876	05/03/2018	8/03/2018	$ 260.414,00
6	10097	26/03/2018	27/03/2018	$ 245.900,00
7	10103	26/03/2018	27/03/2018	$ 245.900,00
8	10195	03/04/2018	12/04/2018	$ 260.414,00
9	10197	03/04/2018	12/04/2018	$ 260.414,00
10	10206	03/04/2018	12/04/2018	$ 260.414,00
11	10326	13/04/2018	4/05/2018	$ 260.414,00
12	10334	13/04/2018	4/05/2018	$ 260.414,00
13	10531	25/04/2018	4/05/2018	$ 260.414,00
14	10532	25/04/2018	4/05/2018	$ 260.414,00
15	10538	25/04/2018	4/05/2018	$ 260.414,00
16	10546	25/04/2018	4/05/2018	$ 260.414,00
17	10561	09/05/2018	15/05/2018	$ 260.414,00
18	10562	09/05/2018	15/05/2018	$ 260.414,00
19	10655	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
20	10665	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
21	10675	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
22	10682	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
23	10684	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
24	10687	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
25	10688	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
26	10697	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
27	10703	22/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
28	10817	25/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
29	10825	25/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
30	10830	25/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
31	10837	25/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
32	10848	25/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
33	10854	25/05/2018	5/06/2018	$ 260.414,00
34	10934	08/06/2018	19/06/2018	$ 260.414,00
35	10948	08/06/2018	19/06/2018	$ 260.414,00
36	10952	08/06/2018	19/06/2018	$ 260.414,00
37	10961	08/06/2018	19/06/2018	$ 260.414,00
38	11254	10/07/2018	13/07/2018	$ 260.414,00
39	11277	10/07/2018	13/07/2018	$ 260.414,00
40	11780	14/08/2018	24/08/2018	$ 260.414,00
41	11785	14/08/2018	24/08/2018	$ 260.414,00
42	11787	15/08/2018	24/08/2018	$ 260.414,00
43	11793	15/08/2018	24/08/2018	$ 260.414,00
44	11852	21/08/2018	24/08/2018	$ 260.414,00

45	11867	21/08/2018	24/08/2018	$	260.414,00
46	11874	21/08/2018	24/08/2018	$	260.414,00
47	11877	21/08/2018	24/08/2018	$	260.414,00
48	11886	21/08/2018	24/08/2018	$	260.414,00
49	11892	21/08/2018	24/08/2018	$	260.414,00
50	11908	21/08/2018	24/08/2018	$	260.414,00
51	12051	30/08/2018	7/09/2018	$	260.414,00
52	12054	30/08/2018	7/09/2018	$	260.414,00
53	12055	30/08/2018	7/09/2018	$	260.414,00
54	12062	30/08/2018	7/09/2018	$	260.414,00
55	12067	30/08/2018	7/09/2018	$	260.414,00
56	12073	30/08/2018	7/09/2018	$	260.414,00
57	12074	30/08/2018	7/09/2018	$	260.414,00
58	12094	04/09/2018	7/09/2018	$	260.414,00
59	12106	04/09/2018	7/09/2018	$	260.414,00
60	12220	11/09/2018	14/09/2018	$	260.414,00
61	12228	11/09/2018	14/09/2018	$	260.414,00
62	12235	11/09/2018	14/09/2018	$	260.414,00
63	12247	11/09/2018	14/09/2018	$	260.414,00
64	12674	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
65	12678	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
66	12679	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
67	12680	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
68	12688	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
69	12691	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
70	12700	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
71	12710	10/10/2018	12/10/2018	$	260.414,00
72	12809	23/10/2018	30/10/2018	$	260.414,00
73	12822	23/10/2018	30/10/2018	$	260.414,00
74	12825	23/10/2018	30/10/2018	$	260.414,00
75	13151	04/12/2018	18/12/2018	$	260.414,00
76	13161	04/12/2018	18/12/2018	$	260.414,00
77	13165	04/12/2018	18/12/2018	$	260.414,00
78	13169	04/12/2018	18/12/2018	$	260.414,00
TOTAL:				**$**	**20.283.264,00**

4. El lugar de cumplimiento de las obligaciones reclamadas en el punto anterior no se estipulo en cada factura, por lo que entonces, es la ciudad de Neiva lugar del domicilio del creador del título, por lo tanto, el competente para conocer de esta demanda es el juez de pequeñas causas y competencias múltiples Neiva, atendiendo el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso.

Para un mayor entendimiento respecto a la competencia concurrente, me permito mencionar la sentencia **AC3780 Radicación No.11001-02-03-000-2017-00851-00 de fecha 14 de junio de 2017**, que expresa:

"5. Ante esa disparidad, corresponde a los administradores de justifica estarse a la elección realizada por el interesado, quien en este caso optó finalmente por el foro contractual, al punto que al tiempo de formular recurso de reposición –con abstracción de su improcedencia- reiteró la selección de ese criterio, que es aplicable en este asunto de conformidad con lo previsto en el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso, y que resulta también, en principio, una opción de recibo, atendiendo que el domicilio de la ejecutante es Manizales, y que el inciso final del artículo 621 del

Código de Comercio prevé, ciertamente, que *"Si no se menciona el lugar de cumplimiento o ejercicio del derecho –como acá ocurre, lo será el del domicilio del creador del título..."."*

También, la corte se pronunció respecto al tema, en la **sentencia AC6641-2017 radicación No.11001-02-03-000-2017-02667-00 de fecha 9 de octubre de 2017**, así:

"3. El numeral 1° del artículo 28 *ejusdem* consagra la regla general que *"[e]n los procesos contenciosos, salvo disposición legal en contrario, es competente el juez del domicilio del demandado"*, disposición que para el caso de *"...los procesos originados en un negocio jurídico o que involucren títulos ejecutivos"* complementa el numeral 3° *ibídem*, cuando dispone que *"es también competente el juez del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones..."*.

De lo que se desprende que en los asuntos a que alude la última disposición, existe una competencia concurrente, frente a la cual el actor puede realizar la respectiva selección, que ha de ser respetada por el juzgador a quien se presenta el libelo.

Al respecto, la Sala.ha señalado que:

"Significa, que el actor de un contencioso con soporte en un negocio jurídico con alcance bilateral o en un título ejecutivo tiene la opción de accionar, ad libitum, en uno u otro lugar, o sea, en el domicilio de la contraparte o donde el pacto objeto de discusión o título de ejecución debía cumplirse; pero, insístese, ello queda, en principio, a la determinación expresa de su promotor" (CSJ AC4412, 13 jul. 2016, exp. 01858-00).

Lo cual significa que, si en la práctica el sitio de satisfacción de las prestaciones no coincide con el domicilio de los convocados, el actor puede escoger entre los dos funcionarios ante los que la ley le permite acudir, el que quiere que tramite y decida su asunto.

Voluntad que si es ejercida en consonancia con tales alternativas no puede ser alterada por el elegido, sin perjuicio del debate que en la forma y oportunidad debidas plantee el convocado; pero que si no guarda armonía obliga encausar el asunto dentro de las posibilidades que brinda el ordenamiento, en todo caso respetando en la medida de lo posible el querer del gestor."
(...)

"5. Ante esa manifestación de voluntad, corresponde a los administradores de justicia estarse a la elección realizada por el interesado, aunado a que tratándose de la ejecución con títulos valores, " *[S]i no se menciona el lugar de cumplimiento o ejercicio del derecho, lo será el del domicilio del creador del título*" siendo que su creador demandante Hospital Regional Empresa Social del Estado tiene su domicilio en Líbano (fl.86), aplicable en este asunto de conformidad con lo previsto en el numeral 3° del artículo 28 del Código General del Proceso."
(...)

5. A pesar de estar vencidos los términos legales, **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS** no realizó el pago de cada factura dentro de los termino indicados.

6. El artículo 1080 del Código de Comercio, faculta a mi poderdante para solicitar el cobro de la mora a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS** sobre los valores adeudados de cada factura, un mes después de la fecha de radicada cada factura.

7. Las facturas con sus respectivos soportes integran un título valor, que contienen obligaciones claras, expresas y actualmente exigibles, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 422, 430 del Código General del Proceso,

artículo 621, 774 del Código del Comercio; art 617 del Estatuto Tributario, prestan mérito ejecutivo.

8. Se me ha conferido poder para incoar esta acción.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho los artículos 88 y ss., 422 y ss., Y 463 del Código General del Proceso, artículo 882, 621 y 774 del C. Co, Ley 100 de 1993, Ley 019 de 2012, Decreto 056 de 2015 y demás normas concordantes.

El Decreto 056 de 2015, establece:

Artículo 21. ***Gastos de transporte.*** Es el valor a reconocer a la persona natural o jurídica que demuestre haber incurrido en gastos de transporte y movilización de la víctima, desde el sitio de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento catastrófico de origen natural, del evento terrorista o de otro evento aprobado, hasta la institución prestadora de servicios de salud pública o privada a donde aquella sea trasladada.

Artículo 22. ***Beneficiarios y legitimados para reclamar.*** Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar el reconocimiento de los gastos de transporte de la víctima de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o del que sea aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, las personas naturales o jurídicas que demuestren haber efectuado el transporte a que refiere el artículo anterior, a través de la presentación del formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, que deberá estar suscrito por la persona designada por la IPS.

PARÁGRAFO: Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, solo se reconocerá la indemnización a las entidades habilitadas para prestar estos servicios, quienes podrán presentar las reclamaciones de manera acumulada, por periodos mensuales, de conformidad con los formatos que para tal fin adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 23. ***Responsable del pago.*** La indemnización por gastos de transporte será cubierta por:

a. La compañía de seguros cuando se trata de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado este amparado por una póliza de SOAT.

Artículo 24. ***Término para presentar la reclamación.*** La reclamación por gastos de transporte del lugar del evento al centro asistencial deberá presentarse en el siguiente término.

b. Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. (2 años para la reclamación administrativa ante la aseguradora).

Artículo 25. ***Tarifa.*** De conformidad con lo establecido en el literal d) del artículo 112 del Decreto Ley 092 de 2012, los gastos de transporte y movilización de las victimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, se pagarán una sola vez en cuantía equivalente a diez (10) veces el Salario Mínimo Legal Diario Vigente (smldv) al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento catastrófico de origen natural, del evento terrorista o de los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Artículo 29. ***Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial.*** Para radicar la solicitud de indemnización de que trata el artículo 21 del presente decreto, los reclamantes deberán radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestada por la institución prestadora de salud, para el trámite de admisiones.
2. Copia de la cedula de ciudadanía del reclamante.

3. Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.

Artículo 30. ***Prohibición de solicitud de documentos adicionales.*** Ni el FOSYGA, ni las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT podrán solicitar a los reclamantes documentales adicionales a los establecidos en el presente decreto ni en la resolución que emita el Ministerio de Salud y Protección Social para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto.

COMPETENCIA Y CUANTÍA

Con forme lo ordenado por la Jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia de fecha 23 de marzo de 2017 APL2642-2017 Exp. 11001023000020160017800 y Sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva, de fecha 11 de mayo de 2017, expresan: "cuando se trate del cobro de una obligación relacionada con la prestación de unos servicios de salud, garantizados mediante facturas de venta de contenido particularmente comercial, debe conocer del asunto la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Civil."

Así mismo, en materia de procesos originados en un negocio jurídico **o que involucren títulos ejecutivos**, como en el caso que nos ocupa, el Código General del Proceso introdujo un factor concurrente de competencia, a elección del acreedor (**SALUDLASER S.A.S.**), derivado del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones (la prestación de servicios de salud se realiza en la ciudad de Neiva, como también el pago por la prestación del servicio se hace a las cuentas bancarias que posee SALUDLASER S.A.S., en la ciudad de Neiva), al determinar en la regla tercera del artículo 28 que *"En los procesos originados en un negocio jurídico o que involucren títulos ejecutivos es también competente el juez del lugar de cumplimiento de cualquiera de las obligaciones"*. **Por todo lo anterior se considera que corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis, además por ser un proceso ejecutivo de mínima cuantía.**

Sentencia AC5331-2016, Radicación n° 11001-02-03-000-2016-02255-00, **Bogotá, D.C., diecinueve (19) de agosto de dos mil dieciséis (2016).**

Sentencia AC3780 Radicación No.11001-02-03-000-2017-00851-00 de fecha 14 de junio de 2017. Competencia concurrente.

También corresponde a este despacho el conocimiento de esta Litis, por ser un proceso **ejecutivo de mínima cuantía.**

PRUEBAS Y ANEXOS

Pruebas Documentales:

- Facturas y cuentas de cobro enunciados en el hecho 2 del escrito de la demanda:

ITEMS	FACTURA #	F/RADICACION	DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACION DE LA SOLICITUD DE PAGO DE LA INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE (art 29. Decreto 056 de 2015)
1	9830	8/03/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
2	9839	8/03/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
3	9851	8/03/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
4	9862	8/03/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
5	9876	8/03/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
6	10097	27/03/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
7	10103	27/03/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran

8	10195	12/04/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
9	10197	12/04/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
10	10206	12/04/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
11	10326	4/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
12	10334	4/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
13	10531	4/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
14	10532	4/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
15	10538	4/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
16	10546	4/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
17	10561	15/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
18	10562	15/05/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
19	10655	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
20	10665	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
21	10675	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
22	10682	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
23	10684	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
24	10687	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
25	10688	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
26	10697	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
27	10703	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
28	10817	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
29	10825	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
30	10830	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
31	10837	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
32	10848	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
33	10854	5/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
34	10934	19/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
35	10948	19/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
36	10952	19/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
37	10961	19/06/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
38	11254	13/07/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
39	11277	13/07/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
40	11780	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
41	11785	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
42	11787	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
43	11793	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
44	11852	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
45	11867	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
46	11874	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
47	11877	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
48	11886	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
49	11892	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
50	11908	24/08/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
51	12051	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
52	12054	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
53	12055	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
54	12062	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
55	12067	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
56	12073	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
57	12074	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
58	12094	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran

59	12106	7/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
60	12220	14/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
61	12228	14/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
62	12235	14/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
63	12247	14/09/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
64	12674	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
65	12678	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
66	12679	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
67	12680	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
68	12688	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
69	12691	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
70	12700	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
71	12710	12/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
72	12809	30/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
73	12822	30/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
74	12825	30/10/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
75	13151	18/12/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
76	13161	18/12/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
77	13165	18/12/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran
78	13169	18/12/2018	Factura con detalle de cargos, formulario Furtran

Anexos:

- Poder que me legitima para actuar.
- Certificado de existencia y representación legal de la demandada y la demandante.
- Registro Especial de Prestadores de Salud REPS, distintivo de habilitación de servicios de transporte asistencial básico.

NOTIFICACIONES

- **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS**, recibirá notificaciones en la calle 57 No. 9 -07 de la ciudad de Bogotá. Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el correo electrónico utilizado es: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co para notificaciones judiciales obtenido del certificado de existencia y representación legal de **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

- **Mi mandante**, recibirá notificaciones en la Calle 18 No. 6-46 de la ciudad de Neiva. Teléfono 8712231, Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el Correo electrónico utilizado es: saludlaser_2010@hotmail.com, conforme certificado de existencia y representación legal de la sociedad Saludlaser, el cual se anexa con la demanda.

- **La suscrita**, recibirá notificaciones en su despacho y/o en la carrera 4 No. 10-53 de la ciudad de Neiva. Manifiesto bajo la gravedad de juramento que el Correo electrónico utilizado es: mireyasanchezt@hotmail.com, conforme a información verificable en el registro nacional de abogados. Cel.: 3002242742-8667614.

AUTORIZACION ESPECIAL PARA REVISAR EL PROCESO Y RECOGER Y APORTAR DOCUMENTOS Y OFICIOS

Autorizo expresamente a la señora **YURLEY NATALIA TRUJILLO CASTAÑEDA** identificada con cédula de ciudadanía **No.1. 075.285.045** de Neiva Huila y a la señora **MELISA ALEXANDRA CABRERA ORTIZ** identificado con cédula de ciudadanía **No.1.081.410.174** De La Plata Huila, como dependientes judiciales para que examinen el expediente, se les suministre los datos que soliciten dentro del presente proceso, para recibir los documentos que me deban ser entregados y para entregar los que sean necesarios en el desarrollo del presente proceso, de la misma manera quedan expresamente autorizados para retirar oficios, despachos comisorios avisos, al igual que las copias simples o auténticas de todos los documentos que se requieran.

Del señor Juez

MIREYA SANCHEZ TOSCANO
C.C. No 36.173.846 de Neiva
Tarjeta Profesional No.116.256 del C. S. de la J.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO POPULAR SA
DEMANDADO	CRISTIAN FERNANDO GARCIA LEMUS
RADICADO	41001 4189 007 2021 00219 00

PÓNGASE en conocimiento de la parte interesada el oficio allegado por la POLICÍA NACIONAL en respuesta a la medida cautelar decretada por el Despacho.

GRUPO EMBARGOS DITAH

ANOPA-GRUEM - 29.25

Bogotá, D.C., 20 de mayo de 2021

Señor (a)
JUEZ SÉPTIMO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE NEIVA
Carrera 4 6-99
cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co
Teléfono. 8715569
Neiva – Huila

Asunto: respuesta oficio No. 2021-00219/566 del 24 de marzo de 2021.

PROCESO:	EJECUTIVO SINGULAR	RAD.	410014189007-2021-00219-00
DEMANDANTE:	BANCO POPULAR S.A.	NIT.	860.007.738-9
DEMANDADO:	CRISTIAN FERNANDO GARCIA LEMUS	C.C.	1.079.508.433

En atención al oficio del asunto, remitido mediante correo electrónico y radicado ante la Dirección General de la Policía Nacional bajo el Sistema Documentos Policiales GEPOL con el No. **GE-2021-023790-DIPON** del 13/05/2021, el cual es allegado a esta Dependencia, donde se decretó *"...el embargo y retención de la quinta (5ª) parte que exceda el salario mínimo legal vigente que percibe el demandado **CRISTIAN FERNANDO GARCIA LEMUS** con C.C. 1.079.508.433..."*, al respecto le informo a su señoría lo siguiente:

Verificado el Sistema de Información para la Administración del Talento Humano de la Policía Nacional (SIATH), se constató que el (la) señor(a) **CRISTIAN FERNANDO GARCIA LEMUS** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.079.508.433**, figura retirado (a) del servicio activo, mediante Resolución No. **00082 del 07-03-2017** con fecha de notificación 13-03-2017, motivo destitución y por el tiempo de servicio no lo (la) hizo acreedor(a) a una asignación de retiro.

No obstante, esta Dependencia SOLO PROCEDE CON PERSONAL EN SERVICIO ACTIVO, motivo por el cual, no se pudo dar cumplimiento a lo ordenado por su Despacho.

De no estar acorde, al presente procedimiento, le solicito de manera respetuosa nos indique el procedimiento a seguir.

Atentamente,

Firmado digitalmente por:
Nombre: Omar Medina Franco
Grado: Teniente
Cargo: Jefe Grupo Embargos
Cédula: 80152565
Dependencia: Grupo Embargos
Unidad: Direccion De Talento Humano
Correo: omar.medina2565@correo.policia.gov.co
22/05/2021 9:21:22 a. m.

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COOPERATIVA ULTRAHUILCA
DEMANDADO	JHON JAIRO JARA LOSADA
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00231 00**

PÓNGASE en conocimiento de la parte interesada el oficio allegado por el Instituto de Tránsito y Transporte del Huila, con el fin de dar cumplimiento a la medida cautelar decretada.

JUZGADO SEPTIMO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE
Carrera 4 No. 6 - 99
Neiva - Huila

Asunto: Oficio No. 202-00231/579 del 05 de abril de 2021
Proceso: Ejecutivo Singular de Mínima Cuantía **DEMANDANTE:** COOPERATIVA LATINOAMERICANA CRÉDITO ULTRAHUILCA NIT. 891.100.673-9 **DEMANDADO:** JOHNN JAIRO JARA LOSADA C.C. No. 7.718.065, **RADICACION No.** 410014189007-20210023100

Por medio de la presente se comunica que es viable el registro de la medida de embargo ordenada por su despacho en el automotor de placa **FAY96E – BOA46B,** es de aclarar que para dar cumplimiento a cabalidad con lo establecido en el artículo 593 numeral 1 del código general del proceso (Ley 1564/2012), se solicita realizar por el interesado el pago respectivo por el concepto de certificado, dado que esta es la prueba de haberse registrado ya que esta debe acompañar el oficio que remitimos directamente a su despacho.

El interesado debe cancelar la suma de OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS MCTE ($85.116,00) y el pago lo puede efectuar mediante consignación a la cuenta N° 220-390-72027-4 del Banco Popular, y enviar dicha consignación escaneado al correo electrónico operativa@transito-huila.gov.co, transitorivera@transito-huila.gov.co, relacionando en la comunicación, la placa del vehículo que se le realiza la respectiva medida cautelar, o realizar el pago directamente en nuestras dependencias en el municipio de Rivera. Solicitamos que el interesado sea diligente y realice el pago lo más pronto posible, y de esta manera dar cabal cumplimiento en lo estipulado en la norma.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente,

DORIS HERRERA CULMA
Profesional Universitario

Proyectó: Elizabeth Cerquera Caviedes
Judicante

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva - Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO MUNDO MUJER
DEMANDADO	IONJEYER GONZALEZ LEITON Y YOLANDA CHACA CAMACHO
RADICADO	41001 4189 007 2021 00259 00

En atención a la solicitud de la apoderada de la parte demandante relativo al envió de oficio de medida cautelar de embargo de cuentas decretada el 10 de mayo de 2021 en el presente asunto, **PÓNGASE** en conocimiento el envío de la misma el cual fue enviado con copia al correo de la parte interesada.



2020-00259 OFICIO CUENTAS 936.pdf Descargar Imprimir Guardar en OneDrive

Oficio No. 2021-00259/936

Señor Gerente
BANCOLOMBIA, BANCO DE BOGOTÁ, BANCO AV VILLAS, BANCO DE OCCIDENTE, BANCO BBVA, BANCO COLPATRIA, BANCO SUDAMERIS, BANCO POPULAR, BANCO AGRARIO, BANCO CAJA SOCIAL, BANCO DAVIVIENDA, BANCO FINANDINA S.A., BANCO BANCAMIA. S.A.

Proceso Ejecutiva Singular Mínima Cuantía de **BANCO MUNDO MUJER SA** con Nit. 900.768.933-8 contra **IONJEYER GONZALÉZ LEITON** con CC 7.722.890 y **YOLANDA CHACA CAMACHO** con CC 26.420.643

RAD- 41001-41-89-007-2021-00259-00- Al responder indicar esta radicación.

Comedidamente me permito comunicarle, que este Despacho mediante auto dictado en esta misma fecha dentro del proceso de la referencia, **DECRETÓ** "...Decretar el Embargo y Retención de los dineros depositadas en cuentas de ahorro, corrientes, CDT o cualquier producto financiero que posean los demandados **IONJEYER GONZALÉZ LEITON** con CC 7.722.890 y **YOLANDA CHACA CAMACHO** con CC 26.420.643..." en esa entidad financiera.

"Oficiese las distintas entidades bancarias, advirtiendo que la medida se debe limitar a la suma de **CUARENTA Y DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($42.100.000.oo**M/Cte)...".

En consecuencia, sírvase tomar atenta nota del presente y poner a disposición de este Juzgado

Ocultar correo electrónico

RE: 2021-00259 (SING. BANCO MUNDO MUJER S. A vs IONJEYER GONZALEZ LEYTON Y YOLANDA CHACA CAMACHO)-OF. 936 Y 937

Juzgado 10 Civil Municip al - Huila - Neiva
Mié 26/05/2021 10:51
Para: notificacion... **y 10 más**
CC: notificacion... **y 1 usuarios más**

2020-00259 OFICIO CAMARA... 565 KB
2020-00259 OFICIO CUENTA... 567 KB
2021-00259 EMBARGO CUEN... 632 KB

3 archivos adjuntos (2 MB) Descargar todo

Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA
Juez.-

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	COOPERATIVA COONFIE
DEMANDADO	INGRID DANIELA TRUJILLO PIPICANO y ANGEL CAMILO VARGAS PIPICANO
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00290 00**

Respecto al memorial No. UOCE-2021-51541 allegado por el BANCO AGRARIO por medio del cual hace devolución del oficio No. 649 de 15 de abril de 2021 que comunicó la medida cautelar decretada en el presente asunto, indicando como causal que el mismo debe estar suscrito por el Juez o Secretario del Despacho, se tiene que la misma no es de recibo como pasa a explicarse.

Ante la situación de emergencia sanitaria por pandemia mundial que atraviesa el país por Covid-19 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 806 de 2020 para poder agilizar el trámite de atención en justicia digital en todos los procesos judiciales del país, el cual en su artículo 11 establece que le corresponde a los Juzgados remitir vía electrónica los oficios librados para llevar a feliz término el trámite procesal, entre los cuales por su puesto están los que comunican medidas cautelares.

Como se ve el canal primordial entre el Despacho, las partes y las entidades es el correo electrónico del Juzgado, y asi lo ratifica la Superintendencia Financiera en el Concepto 2020286687 de 31 de diciembre de 2020, en el que se precisa que las entidades financieras no pueden desconocer órdenes de embargo provenientes de correo electrónico oficial del Juzgado. Así las cosas, el Juzgado **DISPONE**:

REQUERIR al BANCO AGRARIO DE COLOMBIA para que dé cumplimiento a la medida cautelar de embargo comunicada mediante oficio No. 649 de 15 de abril de 2021, relativa al embargo de dineros de los aquí demandados señores **INGRID DANIELA TRUJILLO PIPICANO** con CC 1.083.926.919 y **ANGEL CAMILO VARGAS PIPICANO** con C.C. 1.075.313.032. Líbrese oficio comunicando lo requerido.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	NBR CREDITOS BOTERO S.A.S.
DEMANDADO	JHOELIS CARPIO MACHADO, BRYAN JAVIER SOQUE HENAO y DANIEL EDUARDO PERDOMO
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00305 00**

Teniendo en cuenta el memorial electrónico allegado el 11 de mayo de 2021 por el apoderado de la parte ejecutante, **PÓNGASE** en su conocimiento pantallazo de los memoriales allegados al proceso, los cuales fueron por parte del pagador como soporte producto de la medida cautelar decretada.

SOPORTE DE PAGO - RAD- 41001-41-89-007-2021-00305-00-

TALENTO HUMANO R&B INVESTMENTS S.A.S <rrhh.r.b.investments.s.a.s@gmail.com>
Mar 18/05/2021 9:37
Para: Juzgado 10 Civil Municipal - Huila - Neiva <cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juzgado 10 Civil Municipal - Huila - Neiva <jcmpal10nva@notificacionesrj.gov.co>

1 archivos adjuntos (400 KB)
jhoelis carpio machado.pdf

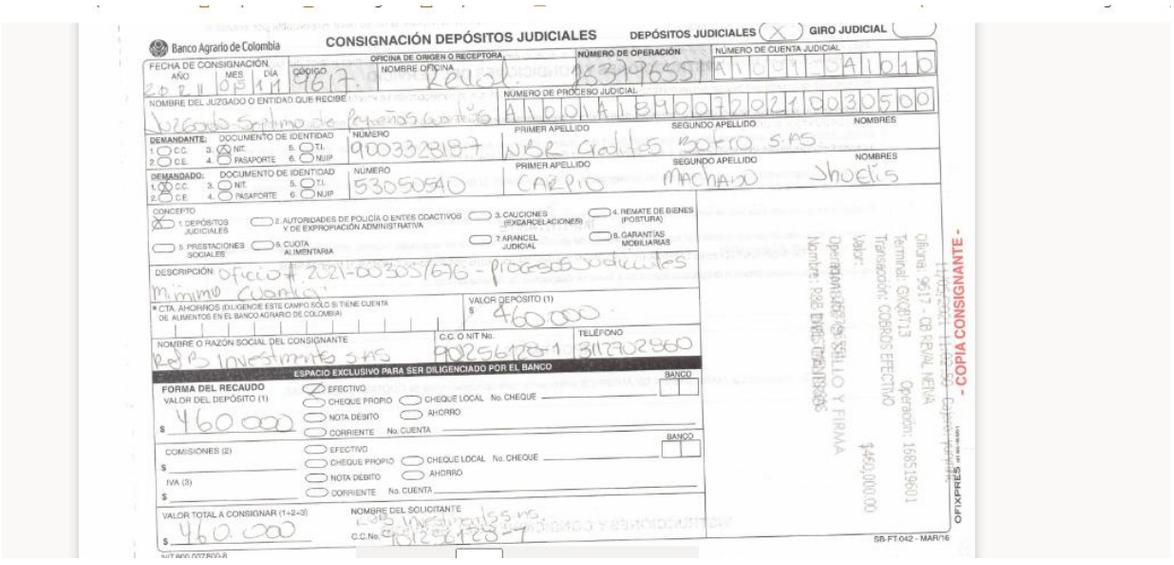
Buenos

Comedidamente me permito enviar soporte de pago para el PROCESO EJECUTIVO SINGULAR - MINIMA CUANTIA RAD- 41001-41-89-007-OR2021-00305-00-

Agradezco el acuse recibido.

Cordialmente

Psic. Laura Marcela Caicedo Ayala
Jefe de Recursos Humanos
R&B investments S.A.S
cel: 3112702860


Banco Agrario de Colombia
CONSIGNACIÓN DEPÓSITOS JUDICIALES
DEPÓSITOS JUDICIALES (X) GIRO JUDICIAL ( )
FECHA DE CONSIGNACIÓN AÑO MES DIA
OFICINA DE ORIGEN O RECEPTORA CÓDIGO 9617 NOMBRE OFICINA Neiva
NÚMERO DE OPERACIÓN 453196551
NÚMERO DE CUENTA JUDICIAL A410418B4607202100305 00
NOMBRE DEL JUZGADO O ENTIDAD QUE RECIBE Juzgado Septimo de Pequeñas Cuantias
NÚMERO DE PROCESO JUDICIAL A410418B4607202100305 00
DEMANDANTE: DOCUMENTO DE IDENTIDAD 2. NIT. NÚMERO 900339187 PRIMER APELLIDO NBR SEGUNDO APELLIDO Creditos NOMBRES Botero S.A.S
DEMANDADO: DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1. C.C. NÚMERO 53050540 PRIMER APELLIDO CARPIO SEGUNDO APELLIDO MACHADO NOMBRES Jhoelis
CONCEPTO 1. DEPÓSITOS JUDICIALES
DESCRIPCIÓN: Oficio # 2021-00305/676 - Procesos Judiciales Minimo Cuantia
VALOR DEPOSITO (1) $ 460.000
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONSIGNANTE R&B Investments S.A.S
C.C. O NIT No. 900256128-1
TELÉFONO 3112702860
ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR EL BANCO
FORMA DEL RECAUDO
VALOR DEL DEPÓSITO (1) $ 460.000
EFECTIVO
CHEQUE PROPIO CHEQUE LOCAL No. CHEQUE
NOTA DÉBITO AHORRO
CORRIENTE No. CUENTA
BANCO
COMISIONES (2) $
IVA (3) $
VALOR TOTAL A CONSIGNAR (1+2+3) $ 460.000
NOMBRE DEL SOLICITANTE
C.C. No. 80125128-7
SELLO Y FIRMA
- COPIA CONSIGNANTE -
OFIXPRES
SB-FT-042 - MAR/16

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Fwd: SOPORTE DE PAGO - RAD- 41001-41-89-007-2021-00305-00-

TALENTO HUMANO R&B INVESTMENTS S.A.S <rrhh.r.b.investments.s.a.s@gmail.com>
Mar 18/05/2021 9:40
Para: Juzgado 10 Civil Municipal - Huila - Neiva <jcmpal10nva@notificacionesrj.gov.co>; Juzgado 10 Civil Municipal - Huila - Neiva <cmpl10nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

1 archivos adjuntos (400 KB)
jhoelis carpio machado.pdf:

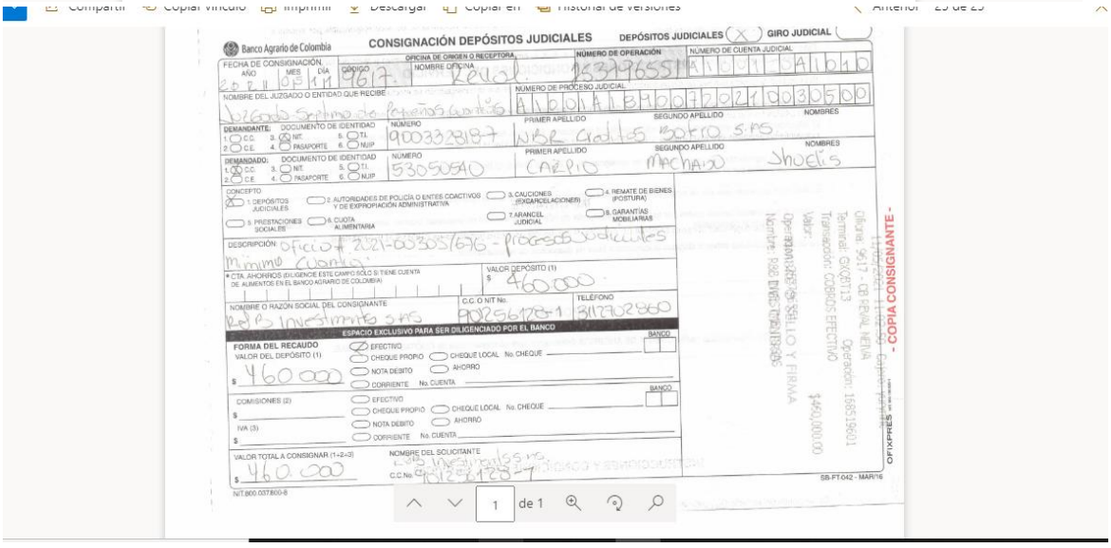
Buenos días

Comedidamente me permito enviar soporte de pago para el PROCESO EJECUTIVO SINGULAR - MINIMA CUANTIA RAD- 41001-41-89-007-OR2021-00305-00-

Agradezco el acuse recibido.

Cordialmente

Psic. Laura Marcela Caicedo Ayala
Jefe de Recursos Humanos
R&B investments S.A.S
cel: 3112702860


Banco Agrario de Colombia — CONSIGNACIÓN DEPÓSITOS JUDICIALES — DEPÓSITOS JUDICIALES (X) GIRO JUDICIAL
FECHA DE CONSIGNACIÓN: AÑO 2021 MES 04 DÍA 19
OFICINA DE ORIGEN O RECEPTORA: CÓDIGO 4617 NOMBRE OFICINA Neiva
NÚMERO DE OPERACIÓN 163196551
NÚMERO DE CUENTA JUDICIAL 410012041089007
NOMBRE DEL JUZGADO O ENTIDAD QUE RECIBE: Juzgado Septimo de Pequeños Cuantias
NÚMERO DE PROCESO JUDICIAL 41001418900720210030500
DEMANDANTE: DOCUMENTO DE IDENTIDAD 2 C.E. — NÚMERO 900332187 — PRIMER APELLIDO WSR Gratles — SEGUNDO APELLIDO Soto S.A.S — NOMBRES
DEMANDADO: DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1 C.C. — NÚMERO 83050540 — PRIMER APELLIDO CARPIO — SEGUNDO APELLIDO MACHADO — NOMBRES Jhoelis
CONCEPTO: 1 DEPÓSITOS JUDICIALES (X)
DESCRIPCIÓN: Oficio # 2021-00305/676 - Proceso Ejecutivo Minima Cuantia
VALOR DEPÓSITO (1) $ 460.000
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONSIGNANTE: R&B Investments S.A.S — C.C. O NIT No. 900256178-1 — TELÉFONO 3112702860
ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR EL BANCO
FORMA DEL RECAUDO — VALOR DEL DEPÓSITO (1) $ 460.000 — EFECTIVO (X) — CHEQUE PROPIO — CHEQUE LOCAL — NOTA DEBITO — AHORRO — CORRIENTE — BANCO
COMISIONES (2) $ — IVA (3) $ — VALOR TOTAL A CONSIGNAR (1+2+3) $ 460.000
NOMBRE DEL SOLICITANTE: R&B Investments S.A.S — C.C.No. 900256178-1
- COPIA CONSIGNANTE -
OPIXPRES
SS.FT.042 - MAR/16
NIT.800.037800-8
1 de 1

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva, Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	REENCAUCHADORA SUPERIOR SA
DEMANDADO	FABIO HUMBERTO GUTÍERREZ CABRERA
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00337 00**

Respecto al memorial No. UOCE-2021-51696 allegado por el BANCO AGRARIO por medio del cual hace devolución del oficio No. 2021-00337/726 de 22 de abril de 2021 que comunicó la medida cautelar decretada en el presente asunto, indicando como causal que el mismo debe estar suscrito por el Juez o Secretario del Despacho, se tiene que la misma no es de recibo como pasa a explicarse.

Ante la situación de emergencia sanitaria por pandemia mundial que atraviesa el país por Covid-19 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 806 de 2020 para poder agilizar el trámite de atención en justicia digital en todos los procesos judiciales del país, el cual en su artículo 11 establece que le corresponde a los Juzgados remitir vía electrónica los oficios librados para llevar a feliz término el trámite procesal, entre los cuales por su puesto están los que comunican medidas cautelares.

Como se ve el canal primordial entre el Despacho, las partes y las entidades es el correo electrónico del Juzgado, y asi lo ratifica la Superintendencia Financiera en el Concepto 2020286687 de 31 de diciembre de 2020, en el que se precisa que las entidades financieras no pueden desconocer órdenes de embargo provenientes de correo electrónico oficial del Juzgado. Así las cosas, el Juzgado **DISPONE**:

REQUERIR al BANCO AGRARIO DE COLOMBIA para que dé cumplimiento a la medida cautelar de embargo comunicada mediante oficio No. 2021-00337/726 de 22 de abril de 2021, relativa al embargo de dineros del aquí demandado señor **FABIO HUMBERTO GUTÍERREZ CABRERA** con C.C. 12.271.602. Líbrese oficio comunicando lo requerido.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	KAREN JULIETH URIBE TOVAR
DEMANDADO	ANA LUCÍA MUÑOZ CASTELBLANCO
RADICADO	41001 4189 007 2021 00408 00

Procede el Despacho a resolver la solicitud de suspensión del proceso que elevó el apoderado de la parte demandante el 18 de mayo de 2021, coadyuvada por la parte demandada con el fin de suspender el proceso hasta el 15 de junio de 2021, por acuerdo entre las partes.

Revisada la solicitud, se tiene que la misma reúne los requisitos del numeral 2do del art. 161 CGP, por tanto se accederá a la solicitud de suspensión del presente proceso por el término indicado.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiples de Neiva, **RESUELVE:**

1.ACCEDER a la solicitud de **SUSPENSIÓN** del proceso a partir de la ejecutoria del presente proveído, hasta el 15 de junio de 2021.

2. Culminado dicho término, si las partes no han solicitado variación, se continuará el trámite procesal.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Proceso: **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
Demandante: **COMPAÑIA FINECH DE COLOMBIA S.A.S -"BANCUPO".**
Demandado: **MIGUEL ANGEL TOVAR PLAZAS.**
Radicación: 41.001.41.89.007.**2021-00424**.00

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

ASUNTO:

Luego de verificar que la anterior demanda Ejecutiva de Mínima Cuantía instaurada por la **COMPAÑIA FINECH DE COLOMBIA S.A.S -"BANCUPO" con NIT. 901.312.084-6** en contra de **MIGUEL ANGEL TOVAR PLAZAS con C.C. 1.075.266.047**, reúne el lleno de las formalidades legales previstas en los artículos 82 y siguientes del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 6 del Decreto Legislativo 806 de 2020, y el documento aportado como base de recaudo, representado en **un (1) pagaré suscrito** para garantizar el pago de una obligación adquirida con esa entidad, presta merito ejecutivo al constituir una obligación clara, expresa y exigible a cargo de la demandada, a términos de los artículos 244 y 422 del Código General del Proceso, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO. - Librar mandamiento de pago por la vía Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía a favor de la **COMPAÑIA FINECH DE COLOMBIA S.A.S -"BANCUPO" con NIT. 901.312.084-6** y en contra de **MIGUEL ANGEL TOVAR PLAZAS con C.C. 1.075.266.047**, por las siguientes sumas de dinero:

PAGARÉ Nro. 1047:

1.- Por la suma de **$500.000.oo. Mcte**, correspondiente al capital adeudado con fecha de vencimiento **31-03-2020**.

1.1.- Por concepto de **intereses corrientes** comprendidos desde **31-01-2020** al **30-03-2020**, liquidados a la tasa de interés pactada, sin exceder la máxima legal vigente autorizada por la Superintendencia Financiera, no constitutivos de usura.

1.2.- Por concepto **intereses moratorios sobre el capital**, liquidados a la tasa de interés pactada, sin exceder la máxima legal vigente autorizada por la Superintendencia Financiera, no constitutivos de usura, exigibles desde el **01-04-2020**, hasta cuando se verifique el pago total de la obligación. –

1.3.- Por la suma de **$60.000.oo. Mcte**, correspondiente a los costos de plataforma**.**

SEGUNDO. - Sobre la condena en costas, el Juzgado lo hará en su oportunidad.

TERCERO. - ORDENAR a la parte ejecutada que pague al ejecutante las anteriores sumas de dinero dentro de los cinco (05) días siguientes a la notificación de esta decisión (art. 431 del C.G.P.)

CUARTO. - NOTIFICAR el presente auto a la parte demandada en la forma indicada en los artículos 290 a 293 y 301 del Código de General del Proceso y en los artículos 6, 8 y 10 del Decreto Legislativo 806 del 2020, para lo cual debe adjuntase copia de la demanda, a quien se le correrá traslado por el término de diez (10) días conforme al artículo 442 ibidem, los cuales correrán simultánea con los indicados en el numeral anterior.

QUINTO: Reconocer personería a la abogada **NICALA SONRISA SALAZAR MANRIQUE,** identificado(a) con C.C. 1.075.248.334 y T.P. 263084 del C. S. de la J., para que actúe en este proceso en representación de la parte demandante.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez. -

H.

Proceso: **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
Demandante: **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SAN MIGUEL "COOFISAM".**
Demandado: **JESUS VELARO HERNANDEZ.**
Radicación: 41.001.41.89.007.**2021-00430**.00

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

ASUNTO:

Luego de verificar que la anterior demanda Ejecutiva de Mínima Cuantía instaurada por la **COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO "COONFIE" con NIT. 891.100.079-3** en contra de **JESUS VELARO HERNANDEZ con C.C. 1.080.262.919**, reúne el lleno de las formalidades legales previstas en los artículos 82 y siguientes del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 6 del Decreto Legislativo 806 de 2020, y el documento aportado como base de recaudo, representado en **un (1) pagaré suscrito** para garantizar el pago de una obligación adquirida con esa entidad, presta merito ejecutivo al constituir una obligación clara, expresa y exigible a cargo de la demandada, a términos de los artículos 244 y 422 del Código General del Proceso, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO. - Librar mandamiento de pago por la vía Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía a favor de la **COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO "COONFIE" con NIT. 891.100.079-3** y en contra de **JESUS VELARO HERNANDEZ con C.C. 1.080.262.919**, por las siguientes sumas de dinero:

PAGARÉ Nro. 20334:

1.- Por la suma de **$3.035.000.oo. Mcte**, correspondiente al capital adeudado con fecha de vencimiento **05-02-2021**.

1.2.- Por concepto **intereses moratorios sobre el capital**, liquidados a la tasa de interés pactada, sin exceder la máxima legal vigente autorizada por la Superintendencia Financiera, no constitutivos de usura, exigibles desde el **06/02/2020**, hasta cuando se verifique el pago total de la obligación. –

SEGUNDO. - Sobre la condena en costas, el Juzgado lo hará en su oportunidad.

TERCERO. - ORDENAR a la parte ejecutada que pague al ejecutante las anteriores sumas de dinero dentro de los cinco (05) días siguientes a la notificación de esta decisión (art. 431 del C.G.P.)

CUARTO. - NOTIFICAR el presente auto a la parte demandada en la forma indicada en los artículos 290 a 293 y 301 del Código de General del Proceso y en los artículos 6, 8 y 10 del Decreto Legislativo 806 del 2020, para lo cual debe adjuntase copia de la demanda, a quien se le correrá traslado por el término de diez (10) días conforme al artículo 442 ibídem, los cuales correrán simultánea con los indicados en el numeral anterior.

QUINTO: REQUERIR a la parte de actora, para que una vez notificada las medidas cautelares, proceda dentro del término de treinta (30) días a notificar a la parte pasiva, conforme a lo señalado en el numeral anterior, so pena de decretar desistimiento tácito, como ordena el artículo 317 del Código General del Proceso.

SEXTO. - Reconocer personería al abogado **DIEGO FELIPE BAHAMÓN AZUERO,** identificado(a) con C.C. 1.075.270.168 y T.P. 272.925 del C. S. de la J., para que actúe en este proceso en representación de la parte demandante.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez. -

H.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila.

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCO POPULAR SA
DEMANDADO	MIGUEL ANGEL AMAYA RODRÍGUEZ
RADICADO	**41001 4189 007 2021 00432 00**

Sería el momento para admitir la presente demanda Ejecutiva singular propuesta mediante apoderado judicial por **BANCO POPULAR SA** contra **MIGUEL ANGEL AMAYA RODRÍGUEZ**; no obstante lo anterior, se advierte por este Despacho que carece de competencia para conocer de la presente acción, como quiera que el valor de las pretensiones excede los 40 SMLMV que establece el art. 25 CGP para los procesos de mínima cuantía.

Así, evidencia el Despacho que el valor de las pretensiones, capital de los 2 pagarés e intereses corrientes ($42.231.183), sumado a los intereses moratorios, superan el equivalente a cuarenta salarios mínimos legales mensuales vigentes, es decir, la suma de $36.341.040.oo M/Cte, motivo por el cual se procederá a rechazar la demanda por el factor cuantía y como consecuencia realizar su remisión al Juzgado Civil Municipal de Neiva (Reparto), a través de la Oficina Judicial para que surta el reparto respectivo.

Así las cosas, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva…

R E S U E L V E :

PRIMERO.- RECHAZAR la anterior demanda Ejecutiva singular, propuesta mediante apoderado judicial por **BANCO POPULAR SA** contra **MIGUEL ANGEL AMAYA RODRÍGUEZ**, por el factor Cuantía, de conformidad con las razones expuestas en precedencia.

SEGUNDO.- ORDENAR la remisión inmediata del libelo demandatorio y sus anexos a la oficina judicial para que sea remitida a Juzgado Civil Municipal de Neiva (Reparto)

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Proceso: **EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA**
Demandante: **SCOTIBANK COLPATRIA S.A.**
Demandado: **SONIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ.**
Radicación: 41.001.41.89.007.**2021-00433**.00

Neiva - Huila, 27 de mayo de 2021.

ASUNTO:

Luego de verificar que la anterior demanda Ejecutiva de Mínima Cuantía instaurada por la **SCOTIBANK COLPATRIA S.A con NIT. 860.034.594-1** en contra de **SONIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ con C.C. 55.068.216**, reúne el lleno de las formalidades legales previstas en los artículos 82 y siguientes del Código General del Proceso, en concordancia con el artículo 6 del Decreto Legislativo 806 de 2020, y el documento aportado como base de recaudo, representado en **un (1) pagaré suscrito** para garantizar el pago de una obligación adquirida con esa entidad, presta merito ejecutivo al constituir una obligación clara, expresa y exigible a cargo de la demandada, a términos de los artículos 244 y 422 del Código General del Proceso, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva, **Dispone:**

PRIMERO. - Librar mandamiento de pago por la vía Ejecutiva Singular de Mínima Cuantía a favor de la **SCOTIBANK COLPATRIA S.A con NIT. 860.034.594-1** y en contra de **SONIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ con C.C. 55.068.216**, por las siguientes sumas de dinero:

PAGARÉ Nro. 4020061:

1.- Por la suma de **$11.261.468,14. Mcte**, correspondiente al capital adeudado con fecha de vencimiento **08-02-2021**.

1.1.- Por la suma de **$1.128.171.68. Mcte**, correspondiente a los **intereses corrientes.**

1.2.- Por concepto **intereses moratorios sobre el capital**, liquidados a la tasa de interés pactada, sin exceder la máxima legal vigente autorizada por la Superintendencia Financiera, no constitutivos de usura, exigibles desde el **09-02-2021**, hasta cuando se verifique el pago total de la obligación. –

2.- Por la suma de **$11.644.140,29. Mcte**, correspondiente al capital adeudado con fecha de vencimiento **08-02-2021**.

2.1.- Por la suma de **$497.405.94. Mcte**, correspondiente a los **intereses corrientes.**

2.2.- Por concepto **intereses moratorios sobre el capital**, liquidados a la tasa de interés pactada, sin exceder la máxima legal vigente autorizada por la Superintendencia Financiera, no constitutivos de usura, exigibles desde el **09-02-2021**, hasta cuando se verifique el pago total de la obligación. –

3.- Por la suma de **$732.551,00. Mcte**, correspondiente al capital adeudado con fecha de vencimiento **08-02-2021**.

3.1.- Por la suma de **$71.383.00. Mcte**, correspondiente a los **intereses corrientes.**

3.2.- Por concepto **intereses moratorios sobre el capital**, liquidados a la tasa de interés pactada, sin exceder la máxima legal vigente autorizada por la Superintendencia Financiera, no constitutivos de usura, exigibles desde el **09-02-2021**, hasta cuando se verifique el pago total de la obligación. –

SEGUNDO. - Sobre la condena en costas, el Juzgado lo hará en su oportunidad.

TERCERO. - ORDENAR a la parte ejecutada que pague al ejecutante las anteriores sumas de dinero dentro de los cinco (05) días siguientes a la notificación de esta decisión (art. 431 del C.G.P.)

CUARTO. - NOTIFICAR el presente auto a la parte demandada en la forma indicada en los artículos 290 a 293 y 301 del Código de General del Proceso y en los artículos 6, 8 y 10 del Decreto Legislativo 806 del 2020, para lo cual debe adjuntase copia de la demanda, a quien se le correrá traslado por el término de diez (10) días conforme al artículo 442 ibídem, los cuales correrán simultánea con los indicados en el numeral anterior.

QUINTO: REQUERIR a la parte de actora, para que una vez notificada las medidas cautelares, proceda dentro del término de treinta (30) días a notificar a la parte pasiva, conforme a lo señalado en el numeral anterior, so pena de decretar desistimiento tácito, como ordena el artículo 317 del Código General del Proceso.

SEXTO. - Reconocer personería al abogado **CARLOS FRANCISCO SANDINO CABRERA,** identificado(a) con C.C. 7.699.039 y T.P. 102.611 del C. S. de la J., para que actúe en este proceso en representación de la parte demandante.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez. -

RADICADO	**41.001.41.89.007-2021-00439-00**
PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR DE MÍNIMA CUANTÍA.
DEMANDANTE(S)	BANCOLOMBIA S.A.
DEMANDADO(S)	EFREN DUSSAN SOTTO.
FECHA	**27 de mayo de 2021.**

Sería el momento para librar mandamiento de pago dentro de éste asunto; empero, se advierte por este despacho, que la demanda presenta la siguiente inconsistencia, y es que se observa una Indebida acumulación de pretensiones, toda vez que la parte demandante pretende el cobro de dos pagares, de los cuales cada uno desprende una obligación por instalamentos, y no un cobro acelerado del capitán por vencer y las cuotas en mora, siendo totalmente disimiles.

Por lo expuesto, el Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia múltiple de Neiva, **Dispone:**

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

PRIMERO: Inadmitir la presente demanda para que dentro del término de los cinco (5) días siguientes a la notificación por estado del presente auto, proceda a SUBSANARLA, so pena de ser rechazada.

Segundo: Reconocer personería al abogado **HERNANDO FRANCO BEJARANO,** identificado(a) con C.C. 5.884.728 y T.P. 60.811 del C. S. de la J., para que actúe en este proceso en representación de la parte demandante.

Notifíquese y cúmplase.

ROSALBA AYA BONILLA.
Juez.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	FONDO DE EMPLEADOS DE LA INDUSTRIA PETROLERA- FONDIPETROL
DEMANDADO	KELLY JOHANA DÍAZ HERNÁNDEZ
RADICADO	41001 4189 007 2021 00441 00

Sería el momento para admitir la presente demanda; empero, se advierte por este Despacho que la misma adolece de los siguientes requisitos:

1. Los hechos y pretensiones no son claros, no se especifica la fecha de vencimiento de la deuda que se pretende ejecutar, y no se indica con precisión la fecha de causación de los intereses moratorios solicitados.

Así las cosas, ésta Judicatura procede a inadmitir la presente demanda, a fin que sea subsanada dicha situación o sea aclarada en caso de existir alguna explicación que justifique lo dicho.

Por lo anterior, el Juzgado, **DISPONE:**

PRIMERO: INADMITIR la presente demanda para que dentro del término de los cinco (5) días siguientes a la notificación por estado del presente auto, conforme lo establece el art. 90 Ibídem, proceda a SUBSANARLA, so pena de ser rechazada.

SEGUNDO: **RECONOCER** personería al abogado **CARLOS ANDRES LÓPEZ PÉREZ** identificado con C.C. 7.701.807 y T.P. 162. 721 para que actúe como apoderado de la parte actora, conforme el poder conferido.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Séptimo de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva – Huila

Neiva (H.) Mayo veintisiete (27) de dos mil veintiuno (2021).

PROCESO	EJECUTIVO SINGULAR - MÍNIMA CUANTIA
DEMANDANTE	BANCOLOMBIA SA
DEMANDADO	LUILLER GILDARDO ROMO SÁNCHEZ
RADICADO	41001 4189 007 2021 00444 00

Sería el momento para admitir la presente demanda; empero, se advierte por este Despacho que la misma adolece de los siguientes requisitos:

1. Los hechos y pretensiones no son claros, pues la primera y segunda pretensión se refiere a la misma obligación y la solicitada en el numeral 3.2 no corresponde a la fecha señalada en el pagaré (20 de marzo de 2021) adjunto presentado como base de ejecución.

Así las cosas, ésta Judicatura procede a inadmitir la presente demanda, a fin que sea subsanada dicha situación o sea aclarada en caso de existir alguna explicación que justifique lo dicho.

Por lo anterior, el Juzgado, **DISPONE:**

PRIMERO: INADMITIR la presente demanda para que dentro del término de los cinco (5) días siguientes a la notificación por estado del presente auto, conforme lo establece el art. 90 Ibídem, proceda a SUBSANARLA, so pena de ser rechazada.

SEGUNDO: **RECONOCER** personería a la abogada **MIREYA SÁNCHEZ TOSCANO** identificada con C.C. 36.173.846 y T.P. 116. 256 para que actúe como endosataria para el cobro judicial.

3. REQUERIR a la parte interesada para que, de conformidad con el art. 11 del Decreto 806 de 2020, aporte correo electrónico al cual se debe dirigir el oficio de medida cautelar a la Oficina de Registro de Instrumentos de Mocoa, Putumayo.

NOTIFÍQUESE,

ROSALBA AYA BONILLA
Juez

NOM