



C  
U  
B

**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMA**  
Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436.  
NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucar:

**ADMINISTRACION**  
Cra. 35 #52-91  
01-800-0954400  
Abierto 7:00am a 5:00 p.m.  
Jornada continua

**Orden EXTERNA**

Capitado: NO

Unidad: HOSPITALIZACION 4 SUR  
Paciente: Registro: ( 454808 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ  
Empresa: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.  
Tipo Usuario: Contributivo (1)  
Fecha: 21/05/2022 16:01:00  
F. Aprueba: 21/05/2022 16:07:30  
Médico: NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES

Dcto: 63287436

Plan: SOAT

Vigencia: 30 días

Hab.: 404B

Nivel: 1

Dx: S429

Triage: \*

Fecha Ncto: 01/04/1958  
Edad: 64 años 1 meses 20 días  
Usrio: 80242330

Médico: NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES

It	Código	Descripción	#	POS?	Datos Clínicos
1	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	1 UNA	POS	en 2 semanas con rx control

Médico:

**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
Registro Méd: 15141909

**Firma Recibido Paciente**

Fecha Impresión: 21/05/2022 16:20:12 Impreso por: VARGAS TORRES JHON ALEXANDER

C. U. B.

# CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS

Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436131 Ext. 104

NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucaramanga

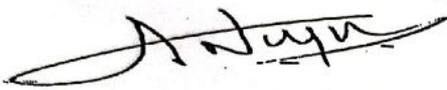
Orden de MEDICAMENTOS Nro: 3360734

Unidad: HOSPITALIZACION 4 SUR      Captado: NO  
 Paciente: Registro: ( 454808 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ      Nivel: 1      Triage: \*  
 Documento: 63287436      Edad: 64 años 1 meses 20 días      Plan: SOAT  
 Empresa: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.      Usrio: 80242330      Hab.: 404B  
 Fecha: 21/05/2022 16:01:00      F. Aprob: 21/05/2022 16:06:51      Vigencia: 30 días

Observación:

It	Código	Vital?	Descripción / Frecuencia / Prescripción - Duración	#	Via	Observación
1	NAP1920	No	NAPROXENO 250 MG TABLETA C 08 Horas -naproxeno 250 mg cada 8 horas por 7 días	21	ORAL VEINTIUNA	
2	N02BE51	No	ACETAMINOFEN+CODEINA 325+15MG TABLETA C 08 Horas -acetaminofen + codeina 325+15 mg cada 8 horas por 7 días	21	ORAL VEINTIUNA	
3	CEF2499	No	CEFALEXINA 500 MG CAPSULAS C 08 Horas -cefalexina 500 mg al día por 7 días	21	ORAL VEINTIUNA	

**ENTREGADO**  
 Clínica Urgencias Bucaramanga

Médico: 

**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
 Registro Méd: 15141909

Firma Recibido Paciente

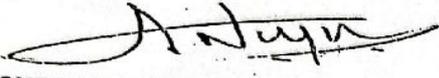
Fecha Impresión: 21/05/2022 16:20:22      Impreso por: VARGAS TORRES JHON ALEXANDER

**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**  
 Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436131 Ext. 104  
 NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucaramanga

**Orden EXTERNA**

Id: HOSPITALIZACION 4 SUR Capitado: NO  
 Paciente: Registro: ( 454808 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ Dcto: **63287436**  
 Empresa: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Plan: SOAT  
 Tipo Usuario: Contributivo (1) Fecha Ncto: 01/04/1958 Vigencia: 30 días  
 Fecha: 21/05/2022 16:01:00 Edad: 64 años 1 meses 20 días Hab.: 404B Nivel: 1  
 F. Aprueba: 21/05/2022 16:08:29 Usrio: 80242330 Dx: S420  
 Médico: NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES Triage: \*

It	Código	Descripción	#	POS?	Datos Clínicos
1	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	10 DIEZ	POS	1 diaria por 10 días

Médico:   
**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
 Registro Méd: 15141909

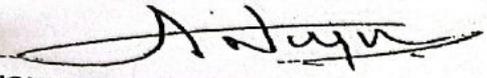
\_\_\_\_\_  
**Firma Recibido Paciente**

Fecha Impresión: 21/05/2022 16:20:03 Impreso por: VARGAS TORRES JHON ALEXANDER

**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**  
 Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436131 Ext. 104  
 NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucaramanga  
**Orden EXTERNA**

19

Paciente: **HOSPITALIZACION 4 SÚR** Registro: ( 454808 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ Capitado: NO  
 Empresa: **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.** Dcto: **63287436**  
 Tipo Usuario: **Contributivo (1)** Plan: **SOAT**  
 Fecha: **21/05/2022 16:01:00** Fecha Ncto: **01/04/1958** Vigencia: **30 días**  
 F. Aprueba: **21/05/2022 16:10:30** Edad: **64 años 1 meses 20 días** Hab.: **404B**  
 Médico: **NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES** Usrio: **80242330** Nivel: **1**  
 It Código Descripción # POS? Datos Clínicos Dx: **S42**  
 1 873122 RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO en 2 semanas Triage: **\***  
 2 873205 RADIOGRAFIA DE CODO en 2 semanas

Médico:   
**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
 Registro Méd: 15141909

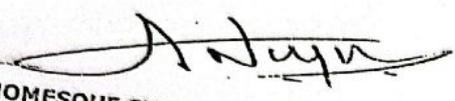
**Firma Recibido Paciente**

Fecha Impresión: 21/05/2022 16:19:55 Impreso por: VARGAS TORRES JHON ALEXANDER

**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**  
 Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436131 Ext. 104  
 NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucaramanga  
**Orden EXTERNA**

Paciente: HOSPITALIZACION 4 SUR  
 Empresa: Registro: ( 454808 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ  
 Tipo Usuario: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.  
 Fecha: Contributivo (1)  
 F. Aprueba: 21/05/2022 16:01:00 Fecha Ncto: 01/04/1958  
 Médico: 21/05/2022 16:10:30 Edad: 64 años 1 meses 20 dias  
 Usrio: 80242330 Hab.: 404B  
 Dcto: 63287436  
 Plan: SOAT  
 Vigencia: 30 dias  
 Nivel: 1  
 Dx: S42  
 Triage: \*

It	Código	Descripción	#	POS?	Datos Clínicos
1	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	1	POS	en 2 semanas
2	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	1	POS	en 2 semanas

Médico:   
**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
 Registro Méd: 15141909

**Firma Recibido Paciente**

Fecha Impresión: 21/05/2022 16:19:55 Impreso por: VARGAS TORRES JHON ALEXANDER  
 "



8

**ORDEN DE SERVICIOS**

Orden Nro. 70045

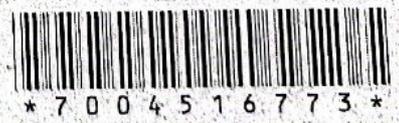
Sede: KRA 27 # 30 -15  
 Paciente: LETICIA GOMEZ GOMEZ ID: 63287436 Edad: 64 Años Tipo Usuario: COTIZANTE Semanas: 688 Rango: 1  
 Contrato: CONSORCIO COMUNEROS Plan: CONTRIBUTIVO Sede Afiliado: CONSORCIO COMUNEROS  
 Solicitado Por: RED NUEVA EPS - OTROS Diagnostico: S510 - HERIDA DEL CODO  
 Expedida a: IDIME Dirección: CARRERA 27 No. 30-15 COMUNEROS -IDIME Telefono: 6459990

Código	Servicios	Nota	Tarifa
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	21 DE MAYO 2022 REMITE CUB AGOTAMIENTO SOTA TRA CARTA DE GASTOS ***	\$ 18500
873205	RADIOGRAFIA DE CODO		\$ 18500
TOTAL			\$ 37000

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE: \$ 3700

Entregado Por  
**DANNY ORLANDO SUAREZ MARISCAL**  
 sc510215  
 NOTAS:

Firma del Usuario



Fecha Ordenamiento: 2022-05-26 12:32:32 Desde: 2022-05-26 - Hasta: 2022-11-22  
 Validez de la Orden: 180 Dias  
 Estos servicios se deben facturar a: CONSORCIO COMUNEROS  
 Estimado afiliado, esta orden médica no requiere ningún trámite. Puede acceder a su servicio o medicamento directamente en la IPS o farmacia asignada.  
 ORDEN 7004516773 - SERVICIOS - 2022-05-26 12:32:32 - PAGINA 1 DE 1



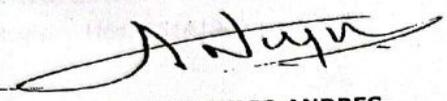
**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**  
 Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436131 Ext. 104  
 NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucaramanga  
**Orden EXTERNA**

Capitado: NO

**Unidad:** CONSULTA EXTERNA  
**Paciente:** Registro: ( 467214 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ  
**Empresa:** AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.  
**Tipo Usuario:** Otro (5)  
**Fecha:** 15/06/2022 15:46:00 **Edad:** 64 años 2 meses 14 días  
**F. Aprueba:** 15/06/2022 16:03:35 **Usrio:** 80242330  
**Médico:** NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES

**Dcto:** 63287436  
**Plan:** SOAT  
**Vigencia:** 30 días  
**Hab.:**  
**Nivel:**  
**Dx:** S424  
**Triage:** \*

It	Código	Descripcion	#	POS?	Datos Clínicos
1	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	1 UNA	POS	IZQUIERDO
2	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	1 UNA	POS	IZQUIERDO
3	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	1 UNA	POS	IZQUIERDO

**Médico:**   
**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
 Registro Méd: 15141909

**Firma Recibido Paciente**

Fecha Impresión: 15/06/2022 16:12:43 Impreso por: COTE RAMIREZ ERIKA JOHANA



**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**  
**Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436131 Ext. 104**  
**NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucaramanga**

**Orden EXTERNA**

**Unidad:** CONSULTA EXTERNA Capitado: NO  
**Paciente:** Registro: ( 467214 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ Dcto: 63287436  
**Empresa:** AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. Plan: SOAT  
**Tipo Usuario:** Otro (5) Vigencia: 30 días  
**Fecha:** 15/06/2022 15:46:00 Hab.: Nivel:  
**F. Aprueba:** 15/06/2022 16:01:43 Usrio: 80242330 Dx: S424  
**Médico:** NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES Triage: \*

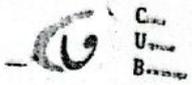
It	Código	Descripcion	#	POS?	Datos Clínicos
1	04	ORTOPEDIA	1	POS	CONTROL EN 1 MES
			UNA		

*[Handwritten Signature]*

**Médico:**  
**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
 Registro Méd: 15141909

\_\_\_\_\_  
**Firma Recibido Paciente**

Fecha Impresión: 15/06/2022 16:11:37 Impreso por: COTE RAMIREZ ERIKA JOHANA



**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA SAS**  
 Dirección: CRA 33 53-27 Teléfono: 6436131 Ext. 104  
 NIT: 900581702-9 Ciudad: Bucaramanga  
**Orden EXTERNA**

Unidad: **CONSULTA EXTERNA** Capitado: **NO**  
 Paciente: **Registro: ( 467214 ) LETICIA GOMEZ GOMEZ** Dcto: **63287436**  
 Empresa: **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.** Plan: **SOAT**  
 Tipo Usuario: **Otro (5)** Vigencia: **30 dias**  
 Fecha: **15/06/2022 15:46:00** Edad: **64 años 2 meses 14 días** Hab.: Nivel:  
 F. Aprueba: **15/06/2022 16:02:34** Usrio: **80242330** Dx: **S424**  
 Médico: **NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES** Triage: **\***

It	Código	Descripcion	#	POS?	Datos Clínicos
1	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	30	POS	ARCOS DE CODO HOMBRO PROPIOCEPCION ESTIRAMIENTOS

Médico:

**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**  
**ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**  
 Registro Méd: 15141909

**Firma Recibido Paciente**

Fecha Impresión: 15/06/2022 16:12:52 Impreso por: COTE RAMIREZ ERIKA JOHANA

# SOLICITUD MEDICA AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Sede: CONSORCIO COMUNEROS

Fecha de Atención-23/08/2022

Paciente: LETICIA GOMEZ GOMEZ  
Contrato: CONSORCIO COMUNEROS  
Tipo de Usuario: COTIZANTE  
Solicitada por: CELSO ORTIZ SERRANO

ID: 63287436  
Plan: CONTRIBUTIVO  
Sede Afiliado: CONSORCIO COMUNEROS  
Dx: S422 - FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL HUMERO

Semanas: 688  
Rango: 1

Codigo	Procedimiento
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD

Nota Aclaratoria  
# 20 MOVILIDAD CODO Y HOMBRO IZQUIERDO

Profesional: CELSO ORTIZ SERRANO - RM No. 91182045 - Firmado Electrónicamente.

Datos de Impresión - Fecha: 23/08/2022 - Hora: 10:00 AM -



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: leticia gomez TIPO Y No. DE DOCUMENTO: 63287436  
 TELÉFONOS DE CONTACTO: CORREO:  
 SEDE: comuneros FECHA Y HORA DE REVISIÓN: 24 mayo 2022

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN SOAT	CUMPLE (SI/NO)	OBSERVACIONES
ORDEN MEDICA ORIGINAL	si	
FURIPS	no	
HISTORIA CLINICA/EPICRISIS	no	
CERTIFICADO DE HALLAZGOS	si	
FOTOCOPIA DE PÓLIZA, TRAJETA DE PROPIEDAD Y LICENCIA DE CONDUCCIÓN	no	
FOTOCOPIA DOC DEL PACIENTE	si	
CARTA DE COBERTURA O FACTURAS	no	
PERTINENCIA MEDICA	Pendiente	

Señor usuario, se le recuerda que la validación de los requisitos normativos para la atención bajo la cobertura del SOAT, se realiza con los documentos aportados por usted en la fecha citada al inicio de esta lista de chequeo y que se consignan en folios. Por lo tanto, es REQUISITO PARA LA ATENCIÓN que estos mismos documentos, sin alteración en su contenido o en su número, sean presentados el día de la práctica del estudio, de acuerdo a la asignación de cita; de lo contrario, no podrá realizarse el estudio diagnóstico y deberá efectuarse nuevamente la revisión y validación de la documentación. Señor usuario, se le recuerda que la validación de los requisitos normativos para la atención bajo la cobertura del SOAT, se realiza con los documentos aportados por usted en la fecha citada al inicio de esta lista de chequeo y que se consignan en folios. Por lo tanto, es REQUISITO PARA LA ATENCIÓN que estos mismos documentos, sin alteración en su contenido o en su número, sean presentados el día de la práctica del estudio, de acuerdo a la asignación de cita; de lo contrario, no podrá realizarse el estudio diagnóstico y deberá efectuarse nuevamente la revisión y validación de la documentación.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REvisa Marina

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

COPIA CONTROLADA

Elaborado por: Admisión y Registro  
 Aprobado por: Coordinación de Admisión y Registro, Gestión de Calidad

carta negacion de la clinica Bucaramanga donde no le toman el Rx

Documento:	63287436	Paciente:	LETICIA GOMEZ GOMEZ		
Sede donde tiene su cita:	BGA COMUNEROS	Dirección:	CRA 27 30-15		
Fecha:	23/06/2022	Hora:	07:50 PM	Teléfono:	6459990

### Requisitos:

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE PARA SU ATENCIÓN PRESENTAR SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD ORIGINAL, ORDEN U AUTORIZACION DIRIGIDA A IDIME VIGENTE PARA LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

REQUISITOS: El paciente debe presentar:

1. Autorización Original, via fax o en copia.
2. Vigencia: 60 días.
3. Orden medica.
4. Anexar copago (Recibo de caja).
5. Documento de identidad para verificar datos.

Examen a practicar: RX HOMBRO + RX humero + Rx codo.

**!! TENGA EN CUENTA QUE SI NO ESTA BIEN PREPARADO, NO SERÁ ATENDID**

### Preparación para el examen

SEÑOR USUARIO: Para el examen debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Traer estudios anteriores y resumen de historia clínica que complementen el examen.
- Retirar elementos metálicos (anillos, cadenas, pulseras, piercing, etc). Este requisito tambien aplica para la ropa de uso intimo, la cual no puede tener apliques ni adornos metálicos (Broches, taches, adornos, ect), ya que interfiere con los equipos de radiología y generan artefactos en las imágenes adquiridas en el estudio.
- No traer objetos de valor.
- Consulte con su entidad de salud, los documentos requeridos como requisito para la toma del examen.

PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS o con trastornos neurologicos tener en cuenta deben venir OBLIGATORIAMENTE a la cita con dos adultos, si son mujeres advertir que no pueden estar en embarazo.

Lo invitamos a conocer sus deberes y derechos en nuestra página web

**! Por favor llegar 30 minutos antes, para realizar el proceso de facturación con su documento de identidad; Señor usuario si tiene alguna duda con esta información, por favor comunicarse con nuestro Pbx**

5

DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE: <i>leticia gomez</i>	TIPO Y No. DE DOCUMENTO: <i>63287436</i>	
TELÉFONOS DE CONTACTO:	CORREO:	
SEDE: <i>comuneros</i>	FECHA Y HORA DE REVISIÓN: <i>24 mayo 2022</i>	
LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN SOAT	CUMPLE (SI/NO)	OBSERVACIONES
ORDEN MEDICA ORIGINAL	<i>si</i>	
FURIPS	<i>no</i>	
HISTORIA CLINICA/EPICRISIS	<i>no</i>	
CERTIFICADO DE HALLAZGOS	<i>si</i>	
FOTOCOPIA DE PÓLIZA, TRAJETA DE PROPIEDAD Y LICENCIA DE CONDUCCIÓN	<i>no</i>	
FOTOCOPIA DOC DEL PACIENTE	<i>si</i>	
CARTA DE COBERTURA O FACTURAS	<i>no</i>	
PERTINENCIA MEDICA	<i>Pendiente</i>	
<p>Señor usuario, se le recuerda que la validación de los requisitos normativos para la atención bajo la cobertura del SOAT, se realiza con los documentos aportados por usted en la fecha citada al inicio de esta lista de chequeo y que se consignan en folios. Por lo tanto, es REQUISITO PARA LA ATENCIÓN que estos mismos documentos, sin alteración en su contenido o en su número, sean presentados el día de la práctica del estudio, de acuerdo a la asignación de cita; de lo contrario, no podrá realizarse el estudio diagnóstico y deberá efectuarse nuevamente la revisión y validación de la documentación. Señor usuario, se le recuerda que la validación de los requisitos normativos para la atención bajo la cobertura del SOAT, se realiza con los documentos aportados por usted en la fecha citada al inicio de esta lista de chequeo y que se consignan en folios. Por lo tanto, es REQUISITO PARA LA ATENCIÓN que estos mismos documentos, sin alteración en su contenido o en su número, sean presentados el día de la práctica del estudio, de acuerdo a la asignación de cita; de lo contrario, no podrá realizarse el estudio diagnóstico y deberá efectuarse nuevamente la revisión y validación de la documentación.</p>		
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REvisa <i>Marina</i>	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	

COPIA CONTROLADA

Elaborado por: Admisión y Registro  
Aprobado por: Coordinación de Admisión y Registro, Gestión de Calidad

*carta negacion de la clinica Bucaramanga donde no le toman el Rx*

Documento:	63287436	Paciente:	LETICIA GOMEZ GOMEZ		
Sede donde tiene su cita:	BGA COMUNEROS	Dirección:	CRA 27 30-15		
Fecha:	03/06/2022	Hora:	05:30 PM	Teléfono:	6459990

### Requisitos:

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE PARA SU ATENCIÓN PRESENTAR SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD ORIGINAL, ORDEN U AUTORIZACION DIRIGIDA A IDIME VIGENTE PARA LA FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

REQUISITOS: El paciente debe presentar:

1. Autorización Original, via fax o en copia.
2. Vigencia: 60 días.
3. Orden medica.
4. Anexar copago (Recibo de caja).
5. Documento de identidad para verificar datos.

Examen a practicar: RX ANTEBRAZO

**!! TENGA EN CUENTA QUE SI NO ESTA BIEN PREPARADO, NO SERÁ ATENDIDO**

### Preparación para el examen

SEÑOR USUARIO: Para el examen debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Traer estudios anteriores y resumen de historia clínica que complementen el examen.
- Retirar elementos metálicos (anillos, cadenas, pulseras, piercing, etc). Este requisito tambien aplica para la ropa de uso intimo, la cual no puede tener apliques ni adornos metálicos (Broches, taches, adornos, ect), ya que interfiere con los equipos de radiología y generan artefactos en las imágenes adquiridas en el estudio.
- No traer objetos de valor.
- Consulte con su entidad de salud, los documentos requeridos como requisito para la toma del examen.

Lo invitamos a conocer sus deberes y derechos en nuestra página web

**! Por favor llegar 30 minutos antes, para realizar el proceso de facturación con su documento de identidad;  
Señor usuario si tiene alguna duda con esta información, por favor comunicarse con nuestro Pbx**



**CLINICA DE URGENCIAS BUCARAMANGA S.A.S.  
CERTIFICACION SOAT**

5/21/22 16:26 Page 1 of 1

18

Fecha y Hora Atención: 21/05/2022 16:12:00

Historia Clínica N. 63287436

Paciente: LETICIA GOMEZ GOMEZ

Registro: 454808

F. Nacimiento: 01/04/1958

Edad: 64 años 1 meses 20 días

Fecha Hospitalización: 13/05/2022

Días Hospitalización: 8 días

Dirección: CLL 64 # 3W-44 LOS HEROES

Telefono: 3046571353

Habitación: 404B

Plan: SOAT

Empresa: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

**CERTIFICACION**

Teniendo en cuenta los hechos relatados por el paciente y/o acompañante y los hallazgos clínicos se deduce que la causa de los daños sufridos por el paciente son producto de un accidente de tránsito en calidad de peaton

**EN CALIDAD DE:**

PEATON

**CORRESPONDIENTE AL VEHICULO CON PLACA**

automovil con placas TTE004

**NOMESQUE SILVA JULIO ANDRES**

**Especialidad: ORTOPIEDIA Y  
TRAUMATOLOGIA**

**Registro Profesional: 15141909**