



CUIDADO DE VIDA S.A.S.

NIT. 900.785.108-1

Carrera 12E No. 56-48

Tel.: 602 343 8194 Cel: 315 786 6476

HISTORIA
CLINICA

Nº 25939

TIPO DE EVENTO: TRASLADO ☐ EMERGENCIA ☒

Fecha:	04/2023	Nombres y Apellidos:	Luis Fernando Flor Bermudez	Edad:	40	Sexo:	M	
Tipo de Identidad	No.	16.937.065	Estado Civil:	Casado	Fecha de Nacimiento:	01-ENE-1981	Ocupación:	Operario
Residencia:	Carrera 25B #22p-17	Teléfono:	316 330 7648	Ciudad:	Calí	Departamento:	Valle del Cauca	

DETALLE DEL TRASLADO / EMERGENCIA

Origen:	Calle 70 Carrera 1	Destino:	Cristo Rey	Tipo de traslado:	TAB <input checked="" type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> NEO <input type="checkbox"/>	Trayectos:	Sencillo <input checked="" type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/>
Hora:	05:36	Placa:	WUB65D	Eps:	SOS	Régimen:	Contributivo
Aseguradora Responsable:	Seguros Bolívar	Descripción plan de beneficios:	SOAT <input checked="" type="checkbox"/> ADDRESS <input type="checkbox"/> PART <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/>	SISBEN ESCOLAR:	<input type="checkbox"/>	Otro:	— / —
Carnet No. ó:	156310601080100	Vigencia inicio:	03/08/2022	Vigencia Final:	02/08/2023	Código Sico:	

CAUSA EXT. ORIGEN DE LA ATENCIÓN

Evento de Consulta:	Accidente De Tránsito																
Antecedentes Personales:	Alergias: Niega	Patológicos:	Niega	Conciente:	<input checked="" type="checkbox"/>												
Examen Físico:	Medicación: Niega	Líquidos y Alimentos:	— / —	Somnoliente:	<input type="checkbox"/>												
M:	— / —	FC:	74	FR:	20	So2:	99 %	PA:	120/60	T:	36.4	Glasgow:	15/15	Medicamentos:	— / —	Inconciente:	<input type="checkbox"/>

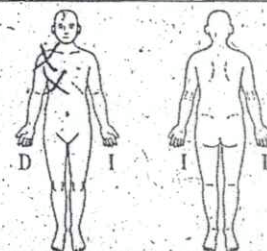
PROCEDIMIENTOS

Oxígeno:	Aspiración:	Ventilación:	Intubación:	RCP:	Medicación:	Desfibrilación:	Hemostasia:
Vendaje:	Inmóvil:	Lnmv Cervical:	Apoyo Psicológico:	Asepsia:	Líquidos:	Parto:	Moxcreo:

CINEMATICA

Paciente en calidad de conductor de motocicleta placa WUB65D quien sufrió caída por pérdida de control, se realiza protocolo de inmovilización, monitoreo de signos vitales, se traslada a centro de atención en compañía de familiar, sin novedad.

UBIQUE LA LESION



DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Paciente masculino quien al examen físico presenta trauma a nivel de hombro derecho con dolor al movilizar, trauma reja distal derecha sin dificultad respiratoria.

CONSENTIMIENTO DE TRASLADO DEL PACIENTE

Paciente:	<input type="checkbox"/>	Declaro y doy fe que en mis facultades autorizo mi traslado en el sistema de emergencias	Firma:	Ingrid R. Valencia	HUELLA:
Familiar:	<input type="checkbox"/>		D.I.:	66944248	
acompañante:	<input checked="" type="checkbox"/>				

Estado en que se entrega:	Muerto <input checked="" type="checkbox"/> Hora:	Médico que recibe:	Sello de la entidad que recibe el paciente:
hora inicial de traslado:	05:58	Dra. Ingrid Melissa Peña	CLINICA CRISTO REY
hora final de traslado:	06:20	Médico SSO	ADMISIONES
		C.C. 1 059 988 568	
		Universidad Libre	

REGISTRO DE CONSUMO E INSUMOS

Artículo	Presentación	Cantidad
Antes	Cgy	2und
apubocav	Cgy	2und

Conductor:	Andrés Charrís Muñoz	Paramédico:	Carolina M. Muñoz	Placa:	HJY 020
	C.C. 1.144.083.101		Aux. de Enfermería	Móvil:	05
			Res. 764079		

CLÍNICA
CRISTO REYCERTIFICACIÓN DE ATENCION PARA VICTIMAS DE
ACCIDENTES DE TRANSITO

CÓDIGO:

GFI-ADM-PT-001

VERSIÓN:

4

FECHA VIGENCIA:

FEBRERO - 2023

Centro médico de la institución prestadora de salud Clínica Cristo Rey Cali S.A.S., identificada con Nit. 900951033-8, con domicilio en la Avenida Norte No. 22N-46 en la ciudad de Santiago de Cali - Valle del Cauca.

Certifica que atendió en el servicio de Urgencias al (la) Señor (a):

Luis Fernando Flay Bermudez

Identificado con:

TI PAS PE CE AS MS RC PT No.

16 937065

Según declaración aportada por el paciente y/o acompañante certifico bajo la gravedad de juramento y según los hallazgos médicos fue víctima de un Accidente de Tránsito y/o Eventos Catastróficos ocurrido (s).

INFORMACION DEL ACCIDENTE

Condicion del Accidentado				Vehiculo Asegurado							
Conductor	<input checked="" type="checkbox"/>	Ocupante	<input type="checkbox"/>	Ciclista	<input type="checkbox"/>	Peaton	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	Placa: <u>WUB 650</u>
Direccion del Accidente								Ciudad			
<u>Calle 70 con Carrera 1</u>								<u>Cali</u>			
Fecha del Accidente				Hora del Accidente		Conductor Mismo Paciente					
<u>19/04/2023</u>				<u>05:36</u>		Si		<input checked="" type="checkbox"/>	No		<input type="checkbox"/>

¿Se encontraba laborando en el momento del accidente?

Si

No

No aplica

INFORMACION DEL DOMICILIO

Direccion del Domicilio (Incluir Barrio)			Ciudad	
<u>Carrera 25 E # 720 - 73 Barrio del Lirio Cali</u>			<u>Cali</u>	
Telefono Opcion 1	Telefono Opcion 2	Vereda	Corregimiento	
<u>316 330 76 48</u>	<u>315 712 1339</u>	<u>N/A</u>	<u>NA</u>	

BREVE RELATO DE LOS HECHOS

Paciente en condicion de conductor de moto que presenta accidente de tránsito al perder el control y caer sobre la vía pública sufriendo lesiones.

Dra. Ingrid Melissa Peña
Médico SSO
C.C. 1 059 988 568
Universidad Libre

Firma - Sello Medico

Firma Paciente

Firma Acompañante

Nota: Escriba el motivo por el cual el paciente NO PUEDE FIRMAR en caso de que no tenga acompañante al momento del diligenciamiento:

Paciente desorientado

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA ART 83: Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante ésta.

LEY 1438 DE 2011, ARTICULO 143°. PRUEBA DEL ACCIDENTE EN EL SOAT. Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establece para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores.

CIRCULAR 040 DE 2012, Reitera las instrucciones impartidas en la Circular Externa No. 33 del 2 junio de 2011, en el sentido de aclarar que el formato a que alude el artículo 143 de la Ley 1438 de 2011 para la presentación de la declaración del médico como prueba del accidente de tránsito, es el adaptado en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 3274 de 2000. En consecuencia, la ausencia de documentos tales como certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente, fotocopias del croquis del accidente y denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competente, no constituyen causal para la imputación del reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito - SOAT.

LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012, ARTICULO 4 Literal g. Principio de seguridad. La información sujeta a Tratamiento por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento a que se refiere la presente ley, se deberá manejar con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad a los registros evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento. El Principio de confidencialidad. Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma.

Dayana T

Responsable de Certificación

Lucero Becerra

Responsable de Admisión

Cindy Uargu

Responsable Egreso/Salida

Fecha de diligenciamiento:

Día 19Mes 04Año 2023



REPUBLICA DE COLOMBIA RESOLUCIÓN 01915 28 MAY 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO
PERSONAS JURÍDICAS -FURIPS

Fecha Radicación

RG

No Radicado

No Radicado anterior(Respuesta a glosa, marcar X en RG)

No Factura/Cuenta cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: FABISALUD IPS SAS - CLINICA CRISTO REY CALI

Código Habilitación: 760011074301

Nit: 9009510338

II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Primer Apellido: FLOR

Segundo Apellido: BERMUDEZ

Primer Nombre: LUIS

Segundo Nombre: FERNANDO

Tipo de Documento: CC

No Documento: 16937065

Fecha de Nacimiento: 01/01/1981

Sexo: M

Dirección Residencia: CARRERA 25E 72D 17

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 76

Telefono: 3163307648

Municipio: CALI

Cod: 001

Condición del Accidentado:

[] Peaton [] Ciclista [] Ocupante [X] Conductor

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Naturaleza del evento:

Naturales:	Sismo	Accidente de tránsito [X]	Maremoto	Erupciones volcánicas	Huracán
	Inundaciones	Avalancha	Deslizamiento de tierra	Incendio Natural	
Terroristas:	Explosión	Masacre	Mina antipersonal	Combate	
	Incendios	Ataques a municipios			

Dirección de la ocurrencia: CALLE 70 CON CARRERA 1

Fecha Evento/Accidente: 19/04/2023

Hora: 05:36:00

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 76

Municipio: CALI

Cod: 001

Zona: U [X] R []

Descripción breve del Evento catastrófico o Accidente de Tránsito Enuncie las principales características del evento / accidente:

PACIENTE EN CONDICIÓN DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA PRESENTA ACCIDENTE DE TRÁNSITO POR PERDIDA DE CONTROL Y CAE SOBRE LA VÍA PÚBLICA SUFRIENDO LESIONES

IV. DATOS DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento:

Asegurado [X]

No Asegurado

V. Fantasma

Poliza falsa

Vehículo en fuga

Marca: BAJAJ

Placa: WUB65D

Tipo de servicio: Particular [X]

Publico

Oficial

Vehículo de emergencia

Vehículo de servicio diplomático o consular

Vehículo de transporte masivo

Vehículo escolar

Código de la aseguradora: 1327

Nro. de la Poliza: 156310601080100

Intervención de la autoridad: SI

NO [X]

Vigencia

Desde:

03/08/2022

Hasta:

02/08/2023

Cobro Excedente:

SI [] NO [X]

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Primer Apellido: FLOR

Segundo Apellido: BERMUDEZ

Primer Nombre: LUIS

Segundo Nombre: FERNANDO

Tipo documento: CC

Nro. Documento: 16937065

Dirección Residencia: CARRERA 25 E 72D 17

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 76

Telefono: 3163307648

Municipio Residencia: CALI

Cod: 001

Total Folios: 0 0 1

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Primer Apellido: FLOR Segundo Apellido: BERMUDEZ
Primer Nombre: LUIS Segundo Nombre: FERNANDO
Tipo documento: CC Nro. Documento: 16937065
Dirección Residencia: CARRERA 25E 72D 17
Departamento: VALLE DEL CAUCA Cod: 76 Telefono: 3163307648
Municipio Residencia: CALI Cod: 001

VII. DATOS DE REMISIÓN

Tipo Referencia: Remisión [] Orden de Servicio []
Fecha Remisión: a las
Prestador que remite:
Código Inscripción:
Profesional que remite: Cargo:
Fecha de Aceptación: a las
Prestador que Recibe:
Código Inscripción:
Profesional que recibe : Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo: Placa No:
Transporto la víctima desde: Hasta:
Tipo de transporte: Lugar donde recoge la víctima: Zona: R [] U []

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

Fecha ingreso: 19042023 a las 06:33 Fecha Egreso: 19042023 a las 09:47

Código de diagnostico principal de ingreso: Código de diagnostico principal de Egreso:
Otro código de diagnostico de ingreso: Otro código de diagnostico principal de Egreso:
Otro código de diagnostico de ingreso: Otro código de diagnostico principal de Egreso:

1er Apellido del Médico o Profesional tratante

2do Apellido del Médico o Profesional tratante

1er Nombre del Médico o Profesional tratante

2do Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo documento: No. documento:
Número de registro médico:

X. AMPAROS QUE RECLAMA

VALOR TOTAL FACTURADO VALOR RECLAMADO AL FOSYGA

GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	0	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	0	0

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

XI. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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

FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES
NOMBRE

FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES
REPRESENTANTE LEGAL