



HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE

NIT 890.306.650-8

Avenida Circunvalación No. 9 - 13 - TEL: 4868676 - FAX: 4868676 - MAIL:

JAMUNDI, VALLE DEL CAUCA

Domingo, 14-Ene-2024

## IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

ALISTOS S.E. - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 2

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Identificación: CC 16847977

TIGREROS MICHEL

Mas, 40 Años (30-Sep-1983)

Inscripción con cargo a: Regimen: Accidentes de tránsito Empresa: Seguros del Estado S.A. (SOAT) Nivel: Nivel 1

### SISTEMA GENITO-URINARIA

NORMAL

### EXTREMIDADES Y PELVIS

EN CODO IZQUIERDO SE EVIDENCIAN HERIDA POR FRICCIÓN CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN, EN PIERNA IZQUIERDA A NIVEL DE TIBIA ANTERIOR SE EVIDENCIAN HERIDA COMPLEJA SIN SGARDO ACTIVO.

### SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

NORMAL

NORMAL

### SALUD MENTAL

NORMAL

### \*\*ANÁLISIS\*\*

ANÁLISIS: PACIENTE DE 40 AÑOS, QUI ENGRESA EN CAMILLA CON PERSONAL DE BOMBEROS, REFIERE IBA EN SU MOTO EN CALIADA DE CONDUCTOR, CUANDO UN CARRO SE PASA UN FARE Y LO LEVENTA, CON TRAUMA EN HEMITORAX IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO Y HERIDA EN PIERNA IZQUIERDA A NIVEL DELA TIBIA NIEGA OTROS SINTOMAS, NIEGA OTROS ASOCIADOS. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS DE NORMALIDAD SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO TOMA DE IMAGANE SY REVALORACION, SE LE EXPLICA LA CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENETEND ERY ACEPTAR

### DIAGNÓSTICO

Orden de información: 763640379501-FINT-1280265

Principal de consulta: [T07X ] TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS -

Servicio de egreso: 1200 ATENCIÓN EN URGENCIAS

Diagnóstico

No se hicieron Remisiones

### CONDUCTA A SEGUIR

PLAN

### OBSERVACION

DIPIRONA 2.5GRAMOS PASAR 1 AMPOLLA EV AHORA

TOXOIDE TETANICO APLICAR 1 AMPOLLA IM DU

CURACION DE LAS HERIDAS

SE SOLICITA RX DE TORAX

SE SOLICITA RX DE PIERNA IZQUIERDA

SE REVALORA

### EVOLUCIÓN

\*\*CertificaciónN\*\*

∴ "Certifico que las lesiones que presenta la víctima guardan relación con un accidente de tránsito"

Orden médica: 763640379501-OMED-3631336, 14-Ene-2024

- DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS

- CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCLUTANEO..

Orden médica: 763640379501-OMED-3631338, 14-Ene-2024

- DIPIRONA 2.5MG/5ML SOLUCION INYECTABLE, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, 1 Cada 24 horas

- CLORURO DE SODIO 0.9%/500ML BOLSA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, 1 Cada 24 horas

- TOXOIDE TETANICO 0.5ML SOLUCION INYECTABLE, INYECTABLE, #1, IM, 1 Cada 24 horas

- CATETER INTRAVENOSO NO. 20, #1, ,

- JERINGA DESECHABLE 5ML, #2, ,

- EQUIPO DE MACROGOTEO, #1, ,

- GASA ESTERIL 7.5 X 7.5CM (3" X 3") POR 6 UNIDADES, #30, ,

Orden médica: 763640379501-OMED-3631339, 14-Ene-2024

- RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) SIN LECTUR

- RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL SIN LECTURA

Observaciones: TIBIA IZQUIERDA

### Orden de Internación asociada

FINT-1280265

Accidentes de tránsito: Seguros del Estado S.A. (SOAT)

PROFESIONAL: [0283] DIANA ALICIA ESCOBAR HERRERA - NIT: 1112467088

- Registro: 1112467088 - Especialidad: MEDICINA GENERAL

[763640379501] HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE

\*\*Evolución del 14-Ene-2024 12:00 pm: 40 Años

Id: 6480744

Fecha de grabación: 14-Ene-2024 12:03 pm

### EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: ESTABLE

Frec. cardiaca: 70, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0°C, Peso: 69.0

Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 23.88 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: 0 / 0, De pie: 0 /

0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0



HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE  
NIT 890.306.950-6

Avenida Circunvalación N°. 9 - 13 - TELS: 4868676 - FAX: 4868676 - MAIL:  
JAMUNDI, VALLE DEL CAUCA

## IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Mas, 40 Años (30-Sep-1983)

### DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16847977

TIGREROS MICHEL

Afiliación a seguridad social - Regimen: Accidentes de Empresa: Seguros del Estado S.A. (SOAT) - Nivel: Nivel 1 Número de afiliación: 14289405822660  
Facturación con cargo a: Regimen: Accidentes de tránsito Empresa: Seguros del Estado S.A. (SOAT) Nivel: Nivel 1  
Estado civil: Soltero - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION  
Etnia: Blanco, Residencia: CLL 7 A NO. 2 - 04 - Teléfono: 3154728404 - Correo electrónico: FACTURAELECTRONICAHPJ@GMAIL.COM, Barrio: LAS ACACIAS  
(Zona Urbana), Comuna: COMUNA 05, Zona: ZONA OCCIDENTAL - Municipio: [76364] JAMUNDI  
En caso de urgencia avisar a: C ( ) - Dirección: - Teléfono:

Apertura URGENCIAS del 14-Ene-2024 10:08 am: 40 Años  
Id: 3638854

### PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

### Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

### MOTIVO DE CONSULTA

DRA ESCOBAR - " SOAT "

PACIENTE EN PEQUEÑA CX

AP : ASMA ALERGIA : METOCLOPRAMIDA

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 40 AÑOS, QU EINGRESA EN CAMILLA CON PERSONAL DE BOMBEROS, REFIERE IBA EN SU MOTO EN CALIADA DE CONDUCTOR, CUANDO UN CARRO SE PASA UN PARE Y LO LEVENTA, CON TRAUMA EN HEMITORAX IZQUIERDO, TRAUMA EN CODO IZQUIERDO Y HERIDA EN PIERNA IZQUIERDA A NIVEL DELA TIBIA NIEGA OTROS SINTOMAS, NIEGA OTROS ASOCIADOS.

### ANTECEDENTES LABORALES

independiente

### ANT. PATOLÓGICOS

¡PATO: ASMA--TRASTORNO DE ANSIEDAD

TTO ALPRAZOLAM, SALBÚTAMOL DE RESCATE

ALERG: METOCLOPRAMIDA PRODUCE EXTRPIDALISMO SEVERO DOSIS BAJAS

### ANT. QUIRÚRGICOS

PROTESIS OLECRANON IZQUIERDO

### ANT. TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

### ANT. HOSPITALARIOS

NEGATIVO

### ANT. TRAUMÁTICOS

osteosíntesis en antebrazo izquierdo

### ANT. FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

### ANT. INMUNOLÓGICOS

positivo para la edad

### ANT. FAMILIARES

NEGATIVO

PROFESIONAL: [0283] DIANA ALICIA ESCOBAR HERRERA - NIT: 1112467088

- Registro: 1112467088 - Especialidad: MEDICINA GENERAL

[763640379501] HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE

\*\*Evolución del 14-Ene-2024 10:08 am: 40 Años

Id: 6480635

Fecha de grabación: 14-Ene-2024 10:12 am

### EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: ALERTA

Frec. cardíaca: 91, Frec. respiratoria: 19, Temperatura: 36.5°C, Peso: 95.0

Kgs., Talla: 175 cms., IMC: 31.02 Obesidad, Perímetro cintura: --, Saturación

O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador

en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 145 / 96 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 112),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

### CABEZA Y CUELLO

NORMAL

### CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

### TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN TIRAJES. DOLOR A LA PALPACION EN HEMITORAX IZQUIERDO.

PULMONAR: MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN RUIDOS

SOBREAGREGADOS

CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO, TIMBRE E INTENSIDAD

### ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTISMO PRESENTE.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS  
A VÍCTIMAS  
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Nombre: **TRUGEROS** 2do Apellido:   
 Nombre: **MICHEL** 2do Nombre:   
 Tipo de Documento: **CC** Numero de Documento: **16847977**  
 Dirección Residencial: **CALLE 7 A 2-04** Cod: **76** Teléfono: **3154728404**  
 Departamento: **VALLE DEL CAUCA** Cod: **364**  
 Municipio: **JAMUNDÍ**

IX. DATOS DE REMISIÓN

Tipo de referencia: ☐ Remisión ☐ Orden de servicio Fecha de Remisión:  Placa:   
 Prestador que remite:   
 Código de inscripción:  Cargo:   
 Profesional que remite:   
 Aceptación del paciente:  Código de inscripción:   
 Fecha:   
 Nombre del prestador:   
 Profesional que recibe:

X. TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte primario)  
 Tipo de transporte: ☐ Ambulancia básica ☐ Ambulancia medicalizada  
 Número de placa:  Zona:   
 Transportó desde:   
 Transportó hasta:

XI. CERTIFICADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: **14.01.2024 09:52:00** Fecha de egreso: **14.01.2024 09:52:35**  
 Dx. ppal. de ingreso: **T07X** Dx. ppal. de egreso: **T07X**  
 Otro dx de ingreso:  Otro dx de egreso:   
 Otro dx de ingreso:  Otro dx de egreso:   
 Datos del médico o profesional tratante: **ESCOBAR HERRERA DIANA ALICIA**  
 Nombres y apellidos: **ESCOBAR HERRERA DIANA ALICIA** Registro médico: **1112467088**  
 Tipo de documento: **CC** No. Documento: **1112467088**

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

| CONCEPTO                                          | TOTAL FACTURADO | Valor reclamado al FOSYGA |
|---------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| Gastos médico quirúrgicos                         | 336,597         | 336,597                   |
| Gastos de transporte y movilización de la víctima | 371,953         | 371,953                   |

XIII. DECLARACIONES 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 y podrá ser verificada por la compañía de seguros, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, 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 legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

BEATRIZ EUGENIA RODRÍGUEZ LULIGO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

Total Folios



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS  
A VÍCTIMAS  
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha de radicación

RG

☐

No. Radicado

No. radicado anterior

No. Factura

FVS.6400

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón social

HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE

Código habilitación

763640379501

NTT

890306950-6

III. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Primer Apellido

TIGRERDS

Segundo Apellido

Primer Nombre

MICHEL

Segundo Nombre

Tipo de Documento:

CC

Número de Documento:

16847977

Fecha de Nacimiento:

30.09.1983 00:00:00

Sexo:

M

Fecha de Fallecimiento:

Dirección Residencia:

CLL 7 A NO. 2 - 04

Departamento:

VALLE DEL CAUCA

Cod:

76

Teléfono:

3154728404

Municipio:

JAMUNDI

Cod:

364

Condición Accidentado:

Conductor

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

Naturaleza del evento

Accidente de tránsito

Otro: Cual?

Dirección de la Ocurrencia:

CALLE 9 CRA 8

Fecha Evento / Accidente:

14.01.2024 09:30:00

Departamento:

VALLE DEL CAUCA

Cod:

76

Municipio:

JAMUNDI

Cod:

364

Zona:

Urbana

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las principales características del evento/ accidente: EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA QUE REFIERE QUE UN AUTOMUVIL SE PASA EL EL PARE Y CHOCAN

V. DATOS DEL VEHÍCULO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado aseguramiento:

Asegurado

Marca del vehículo:

YAMAHA

Placa:

HSC73F

Tipo de Vehículo

I-Automóvil

Código aseguradora:

13-29

Número de póliza:

14289405822660

Id Radicación SIRAS:

Vigencia

Desde:

15.07.2023 00:00:00

Hasta:

14.07.2024 00:00:00

Cobro por agotamiento de tope:

SI NO

☒ ☐

VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA

Internación:

CUPS:

SDS801-DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA

UCI:

☐

Días UCI:

0

Procedimientos:

CUPS PxQx principal:

735301-ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIOTOMÍA O PERINEOTOMÍA

CUPS PxQx secundario:

VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

1er Apellido

ZUÑIGA

2do Apellido

VIDAL

1er Nombre

BLANCA

2do Nombre

MONICA

Tipo de Documento:

CC

Número de Documento:

38665585

Dirección Residencia:

CALLE 7 A 2-04

Departamento:

VALLE DEL CAUCA

Cod:

76

Teléfono:

3154728404

Municipio:

JAMUNDI

Cod:

364

Outlook

Q Buscar

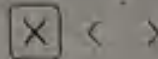
Inicio Vista Ayuda

Correo nuevo Eliminar Archivar Informar Limpiar Mover a

Carpetas

- Bandeja de entrada 2
- Correo no deseado 9
- Borradores 3
- Elementos enviados
- Pospuesto
- Elementos eliminados 129
- Archivo
- Notas 1
- Historial de conversaciones
- Crear carpeta nueva

Grupos



RE: INICIO TRAMITE DE REMISION MICHEL TIGREROS CC.  
16847977 V/ ORTOPEIDA

RC Referencia Clínica Cali  
<referencia@clinicacali.com>  
Para: Usted  
CC: asesor.comercial1@clinicacolombias.com

Dom 14/01/2024 11:54 AM

Cordial saludo,

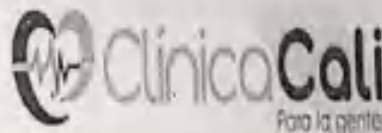
El paciente **ACEPTADO** para ingreso a **CLINICA CALI**  
(Ubicada en la **AVENIDA 3A NORTE #32AN-40**)

Debe realizar el ingreso al área de admisión con: **Historia Clínica completa, Epicrisis, ayudas diagnósticas, documento de identificación y acompañante**, para su respectiva recepción médica.

**Código aceptación: CLC 20231218-293 PARA INGRESO POR URGENCIAS**

Atentamente,

BRAYANT MANRIQUE  
Tecnólogo en Atención Prehospitalaria.  
Central de Referencia y Contrarreferencia.



Almacenamiento de Microsoft X

6.3 GB usados de 10 GB (83%)

Obtener más  
almacenamiento

De: Hospital Piloto de Jamundi <hospitalpilotodejamundi@hotmail.com>  
Enviado: domingo, 14 de enero de 2024 11:30  
Para: Referencia Clínica Colombia <referencia@clinicacolombias.com>;  
Referencia Clínica Colombia <referencia@clinicacolombias.com>;  
Referencia Clínica Cali <referencia@clinicacali.com>  
Asunto: INICIO TRAMITE DE REMISION MICHEL TIGREROS CC. 16847977 V/

HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE  
NIT 890.306.950-6

Avenida Circunvalación NO. 9 - 13 - TEL: 4868676 - FAX: 4868676 - MAIL:  
JAMUNDI, VALLE DEL CAUCA

## IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Domingo, 14 de Enero 2024

Pág. 3 de 3

### DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16847977

TIGREROS MICHEL

Mas, 40 Años (30-Sep-1983)

Facturacion con cargo a: Regimen: Accidentes de tránsito Empresa: Seguros del Estado S.A. (SOAT) Nivel: Nivel 1

#### CABEZA Y CUELLO

NORMAL

#### CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

#### TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

NORMAL

#### ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

#### SISTEMA GENITO-URINA

NORMAL

#### EXTREMIDADES Y PELVI

HERIA COMPLEJA CUBIERTA CON APOSITO EN PEIRN IZQUIERDA

#### SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

#### PIEL

NORMAL

#### SALUD MENTAL

NORMAL

#### \*\*ANALISIS\*\*

ANALISIS: IDX: ACCIDENTE D ETRANSITO

HERIDA COMPLEJA EN MIMEMBRO INFERIOR IZQUERDO

SE REVISAX RX DE TORAX SIN EVIDENCIAX DE LESION OSEA NO SE  
EVDINCIAX NEUMOTORAX

SE REVISAX RX DE PIERNA IZQUIERDA SIN EVDINCIAX DE LESION OSEA

PAICNETE CON HERIDA COMPLEJA EN PIERNA IZQUIERDA QUE REQUIER  
MANEJO INTRAOPERATORIO POR LO QUE SE INDICO REMISIONA NIVEL  
SUPERIOR CON ACEPTACIONE N CLINICA NUEVA CON CODIGO NUMERO  
CLC20231218-293 PARA INGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS SE  
ENVUANRA EN AMBULANCIA BASICA

#### DIAGNÓSTICO

Orden de internación: 763640379501-FINT-1280265

Principal de consulta: [T07X ] TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO  
ESPECIFICADOS -

Servicio de egreso: 1200 ATENCIÓN EN URGENCIAS

En internación

No se hicieron Remisiones

#### CONDUCTA A SEGUIR

TRASLDO EN AMBULANCIA BASICA

#### EVOLUCIÓN

.: "Certifico que las lesiones que presenta la víctima guardan relacion con un  
accidente de tránsito"

#### Orden de Internación asociada

FINT-1280265

Accidentes de tránsito: Seguros del Estado S.A. (SOAT)

PROFESIONAL: [0283] DIANA ALICIA ESCOBAR HERRERA - NIT: 1112467088

- Registro: 1112467088 - Especialidad: MEDICINA GENERAL

[763640379501] HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Consulta Automotriz

Registrar una consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHICULO

HSC73F

NRO. DE LICENCIA DE TRANSITO

10920800044

ESTADO DEL VEHICULO

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO

Particular

CLASE DE VEHICULO

MOTOCICLETA

Información general del vehículo

16/07/2020

AUTORIDAD DE TRANSITO

STRGA TTDyTTE MCPAL JAMUNDI

DRAJAMENES A LA PROPIEDAD

NO

CLÁSICO O ANTIGUO

NO

REPOTENCIADO

NO

REGISTRACIÓN MOTOR (SINO)

NO

NRO. REGISTRACIÓN MOTOR

REGISTRACIÓN CHASIS (SINO)

NO

NRO. REGISTRACIÓN CHASIS

REGISTRACIÓN SERIE (SINO)

NO

NRO. REGISTRACIÓN SERIE

REGISTRACIÓN VIN (SINO)

NO

NRO. REGISTRACIÓN VIN

MARCA

YAMAHA

LÍNEA

XYZ194-2 (XYZ190)

MODELO

2021

COLOR

AZUL

NÚMERO DE SERIE

NÚMERO DE MOTOR

GAL1E925127

NÚMERO DE CHASIS

9PKDG361XM2025127

NÚMERO DE VIN

9PKDG361XM2025127

CILINDROS

149

TIPO DE CARROCERÍA

BIN CARROCERÍA

TIPO COMBUSTIBLE

GASOLINA

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DONAAAAA)

VEHICULO ENSEÑANZA (SINO)

NO

PUERTAS

Para conocer el historial de propietarios

**Consulte el Histórico Vehicular Aquí**<https://www.nrt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular/>

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

| Número de póliza | Fecha expedición | Fecha inicio de vigencia | Fecha fin de vigencia | Código tarifa | Entidad expedidora SOAT  | Estado       |
|------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| 14399409822440   | 14/07/2023       | 15/07/2023               | 14/07/2024            | 120           | SEGUROS DEL ESTADO S.A.  | Ⓢ VIGENTE    |
| 1911054          | 14/07/2023       | 15/07/2023               | 14/07/2023            | 120           | LIBERTY SEGUROS S.A.     | Ⓢ NO VIGENTE |
| 4111819700       | 15/07/2021       | 14/07/2021               | 15/07/2022            | 120           | AXA COLPATRIA SEGUROS SA | Ⓢ NO VIGENTE |



Hospital Piloto  
Jamundí

# HOSPITAL PILOTO JAMUNDÍ

Empresa Social del Estado

CERTIFICADO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRANSITO  
EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD

CODIGO: URG-009-11

VERSIÓN: 01

FECHA DE APROBACIÓN: 06/04/2013

El suscrito Médico del Servicio de Urgencias de la Empresa Social del Estado (1) HOSPITAL PILOTO JAMUNDÍ con domicilio en (2) la AVENIDA CIRCUNVALACIÓN N° 9-13, de la Ciudad de JAMUNDÍ, Departamento del VALLE DEL CAUCA y Teléfono: (2) 486 8676, Certifica que atendió en el Servicio de Urgencias de esta Institución a

(3) Michel Trigueros

identificado con C.C. 24, T.I. CE, PAS. No. 16847977 de Jamundí

residente en la dirección (4) Calle 7A #2-04 de la ciudad de Jamundí

en el Departamento de: celular: 3154728401 Teléfono fijo:

quien según declaración - de Informales (5) con

C.C. 24; T.I. CE; PAS. No. de: 9:30 am fue víctima del

accidente de Transito ocurrido el día 14 mes 1 año 24 a las 9:30 am hora (6), Ingresando al

Servicio de Urgencias de esta Institución el día 14 mes 1 año 24 a las 9:52 horas (7), con

los siguientes hallazgos:

## SIGNOS VITALES:

T.A. mmHg, F.C. X-min F.R. X-min Temp °C

## ESTADO DE CONCIENCIA:

Alerta Obnubilado Estuporoso Coma Glasgow

## ESTADO DE EMBRIAGUEZ:

Si No (En caso positivo, tomar muestra para alcoholemia u otras drogas).

## DATOS POSITIVOS

Cabeza y órganos de los sentidos:

Cuello:

Tórax y cardiopulmonar: Reben alce pulmonar en Hematuria Iguada

Abdomen:

Genitourinario:

Pelvis:

Dorso y extremidades: Herida en HII con Bordes Irregulares  
Herida en codo lesion x ray

Neurológico:

Impresión diagnóstica:

Diagnóstico definitivo:

Nombre y apellidos del médico: Muñe Echeverri

Firma y sello

Dr. Diana Registro Médico N° 1172660882  
C.C. 1112  
Med. 1112

763640379501 - FVS. - 6400

14-Ene-2024 01:23 pm

[ 13-29 ] Seguros del Estado S.A. (SOAT)

DEBE A

HOSPITAL PILOTO JAMUNDÍ - ESE

NIT 890.306.950-6

Avenida Circunvalación NO. 9 - 13 - TELS: 4868676 - FAX: 4868676 - MAIL: citasmedicashospitalpiloto@gmail.com

JAMUNDI, VALLE DEL CAUCA

Servicios prestados a: TIGREROS MICHEL

DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS

| Código       | Descripción                                                                        | Cantidad | Valor unitario | Valor total |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-------------|
| 11610543     | CLORURO DE SODIO 0.9%/500ML BOLSA                                                  | 1        | 4,707          | \$ 4,707    |
| 11610204     | DIPIRONA 2.5MG/5ML SOLUCION INYECTABLE                                             | 1        | 1,233          | \$ 1,233    |
| 11610586     | TOXOIDE TETANICO 0.5ML SOLUCION INYECTABLE                                         | 1        | 23,422         | \$ 23,422   |
| 890701 39145 | CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL                                        | 1        | 81,400         | \$ 81,400   |
| 871121 21201 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) | 1        | 99,300         | \$ 99,300   |
| 873313 21102 | RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL                                                 | 1        | 90,400         | \$ 90,400   |
| 5DS002 39202 | DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS                                    | 1        | 29,300         | \$ 29,300   |
| 601T02       | TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO                                   | 1        | 371,953        | \$ 371,953  |
| 11710021     | JERINGA DESECHABLE 5ML                                                             | 2        | 448            | \$ 896      |
| 11720012     | EQUIPO DE MACROGOTEO                                                               | 1        | 2,353          | \$ 2,353    |
| 11710010     | CATETER INTRAVENOSO NO. 20                                                         | 1        | 3,586          | \$ 3,586    |

Total general: \$ 708,550

Son: SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS

FIRMA Y SELLO