



Resolución 01915 28 de MAY 2008
REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS
CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACION

Fecha Radicacion: _____ RG: NO No. Radicado: _____
No Radicado anterior: _____ Factura: _____

II. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. Nit: 900.073.081-4
Cod Habilit.: 680010290101

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

1er apellido: SIERRA 2do apellido: GUEVARA
1er nombre : FABIAN 2do nombre : ANDRES
Tipo Doc : CC Documento: 91518873 Fec. Nac : 21/02/1982 Sexo: M
Direccion : CALLE 29A N° 10E - LA CUMBRE Fec. Fallece: / /
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 6016333264
Municipio : 276 FLORIDABLANCA
Condicion : 2 Peaton

IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO

Naturaleza: 01 Accidente transito
Direccion : CALLE 104 E VIA ANTIGUA
Fec Evento: 10/08/2023 Hora Evento: 21:14
Departamento: 68 SANTANDER Zona: Urbana
Municipio : 001 BUCARAMANGA
Descripcion: PACIENTE EN CALIDAD DE PEATON, REFIERE SER COLISIONADO POR UNA BUSETA, RESULTANDO LESIONADO EN VIA PUBLICA.

V. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado asegur.: 1 Asegurado Marca: CHEVROLET
Placa: XMCL73 Tipo vehiculo : 3 Buseta
Codigo aseguradora: AT 1333
Id atencion SIRAS: 12777852
No de la poliza : 2288124 Inter. autoridad : NO
Vigencia Desde: 12/05/2023 Hasta: 11/05/2024 Cobro Exced Poliza: NO

VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er apellido: AMADO 2do apellido: TRASLAVIÑA
1er nombre : NESTOR 2do nombre : LIBARDO
Tipo Doc : CC Documento: 79117363
Direccion : BGMAN
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3174345127
Municipio : 001 BUCARAMANGA

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO O INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er apellido: OSPINO 2do apellido: PALENCIA
1er nombre : JEIDER 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1065878660
Direccion : BGA
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3217055065
Municipio : 001 BUCARAMANGA

IX. DATOS DE REMISION

Tipo remis. : Fec Remis.: Hora Remis.:
Pres. Remite:
Cod. Inscrip:
Prof Remite : Cargo Remite:
Fec Acepta : Hora Acepta :
Pres. Recibe:
Cod. Inscrip:
Prof Recibe : Cargo Recibe:

X. TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Datos del vehiculo Placa:
Tran. desde: Hasta:
Tipo Transp.: 3 Lugar donde recoge la victima Zona: Urbana

XI. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA A LA VICTIMA COMO PRUEBA

Folios
Fec Ingreso: 10/08/2023 Hora Ingre.: 22:04
Fec Egreso: 17/08/2023 Hora Egreso: 10:21
Codigo Dx principal ingreso: T07X Codigo Dx principal egreso : S069
Otro diagnostico de ingreso: Otro diagnostico de egreso : S064
Otro diagnostico de ingreso: Otro diagnostico de egreso : I609

XII. DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL

1er apellido: MELO 2do apellido: ASCANIO
1er nombre : DANUIL 2do nombre : JULIAN
Tipo Doc : CC Documento: 1140878629 Registro medico: 1140878629

XIII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VR TOTAL FACTURADO	VR RECLAMADO AL FOSYGA	TOTAL FOLIOS
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	11,180,726		1
GASTOS TPT Y MOV. VICTIMA			

XIV. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerencia de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedadde juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo 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 todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

SOAT



LIBERTY SEGUROS S.A. BOGOTÁ

BOX: 683 2500

FECHA DE EMISION: 2023-05-11
 FECHA DE VIGENCIA: 2023-05-12
 FECHA DE VENCIMIENTO: 2024-05-11

PLAZA	PLACA	TIPO DE VEHICULO	USUARIO	CANTIDAD DE PAGOS	MODELO
228812400	XMC173	BUSES O BUSETAS	PUBLICICO	4570	2008
PRECIO	TIPO	TIPO DE VEHICULO	TIPO DE VEHICULO	TIPO DE VEHICULO	TIPO DE VEHICULO
30	CHEVROLET	CERRADA			
PRECIO	PRECIO	PRECIO	PRECIO	PRECIO	PRECIO
503246	9GCNPR7108B010646				0.00
DUARTE SARMIENTO, RAUL	3174345127	CC	5552613	BUCARAMANGA	
AT1333	13	55482626	0	BUCARAMANGA	
ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO	ESTADO
810	\$ 357400	\$ 165800	\$ 2100	263,13	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
				701,68	
				8,77	
				180	SALARIOS MINIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
				750	
\$ 545300					

HASTA NUESTROS EXPERTOS

Bogotá 807-7050

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1.065.878.660

OSPINO PALENCIA
 APELLIDOS

WEIDER
 NOMBRES

Weider Ospino P
 FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO: 18-OCT-1988

AGUACHICA (CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA O+ G.S. RH M SEXO

11-JUL-2007-AGUACHICA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

P-1207500-37165587-M-1065878660-20071219 0247407353N 02 261082135

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10006180443

PLACA: XMC173 MARCA: CHEVROLET LINEA: NPR MODELO: 2008

CILINDRADA CC: 4.570 COLOR: VERDE SERVICIO: PÚBLICO

CLASE DE VEHICULO: BUSETA TIPO CARROCERIA: CERRADA COMBUSTIBLE: DIESEL CAPACIDAD Kg/PsJ: 30

NÚMERO DE MOTOR: 503246 REG. VIN: N

NÚMERO DE SERIE: 9GCNPR7108B010646 REG. NÚMERO DE CHASIS: 9GCNPR7108B010646 REG. N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRES: AMADO TRASLAVIÑA NESTOR LIBARDO IDENTIFICACION: C.C. 79117363

RESTRICCIÓN MOVILIDAD: ***** POTENCIA HP: 0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 08002110717681 VE: 26/04/2007 PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: *****

FECHA MATRÍCULA: 31/07/2007 FECHA EXP. LIC. TTG.: 09/10/2013 FECHA VENCIMIENTO: *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO: DIR TROYTE BUCARAMANGA

LTO1004145490

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 91.518.873

SIERRA GUEVARA
 APELLIDOS

FABIAN ANDRES
 NOMBRES

Fabian Andres Sierra
 FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO: 21-FEB-1982

BUCARAMANGA (SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

18-MAY-2001 BUCARAMANGA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-2700100-59144182-M-0091518873-20060205 0260966034B 02 187907134

Número de póliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
2288124	11/05/2023	12/05/2023	11/05/2024	810	LIBERTY SEGUROS S.A.	Ⓞ VIGENTE
83128144	11/05/2022	12/05/2022	11/05/2023	810	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	Ⓞ NO VIGENTE



FORMATO DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
NIT. 900.073.081-4

Declaración libre y voluntaria rendida por el señor (a) _____

Identificado (a) con documento de identidad _____ expedida en _____

Nombre de la víctima: Sierra Guevara Fabian Andres.

Identificado (a) con documento de identidad cc. 91 518 873.

Fecha del accidente: 10/08/23.

Dirección del accidente: Cll 104 E Ura Antioquia.

Hora del accidente 21 + 14.

Numero de póliza: AT 7333 - 228424

Aseguradora: Liberty

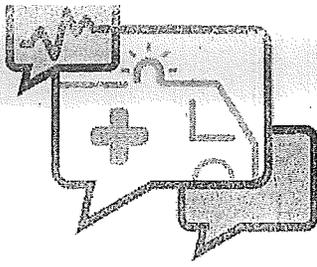
Relato de los hechos:

Declarante en calidad de peaton
de Focus ser colisionado por una
moqueta resultando lesionado en via
publica

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo Fabian Andres Sierra IDENTIFICADO CON CC.# 91518873 DE Bucaram DECLARO
BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA Y PUEDE SER
VERIFICADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA
NACIONAL DE SALUD Y LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Fabian Andres Sierra Guevara
FIRMA DEL LESIONADO Y/O RESPONSABLE



SIRAS

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE REPORTES DE ATENCIÓN EN SALUD
A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Bienvenido: JULIAN IBAÑEZ

IPS: SERVICLINICOS DROMEDICA S.A

FORMULARIO SIRAS (/SIRAS/FORMAATENCION1/INDEX)

CONSULTAS

INFORMACIÓN PRESTADOR (/SIRAS/FORMAPRESTADOR/INDEX)

SEGURIDAD

CERRAR SESIÓN (/SIRAS/PRINCIPALENTIDADESSALUD/SALIR)

12777852

LA ATENCIÓN PRESTADA HA SIDO REGISTRADA EN EL SISTEMA CON ÉXITO

EL NÚMERO DE RADICACIÓN ASIGNADO ES

adbc745b36ed2882

CONTINUAR CON OTRA RADICACIÓN

INICIO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga



Página: 1 de 4
EPICRISIS

URGENCIAS

Registro: 2023018194 Nro: 1
Tipo: CC Nro Identidad: 91518873 Edad: 41 años Sexo: M Fecha Ingreso: 10/08/2023 22:09:28
Nombre: SIERRA GUEVARA FABIAN ANDRES
Empresa: LIBERTY SEGUROS S.A. Seq. Comp:

Ocupacion: Fec. Nac: 21/02/1982 Est. CIVIL SOLTERO
Direccion: CALLE 29A N° 10E LA CUMBRE Telefono: 6016333264
Nombre Acompaña:
Direccion Acompaña: Telefono:
Fecha Accidente: Hora Accidente:

TRIAGE

Glasgow 13 /15 Estado conciencia: ALERTA
Fc: 85 FR: 21 TA: 135/75 Temp: 36.5 SaO2: 97
Cle 01: V299 MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO
Cle 02:
Triage: 2 Médico: OCANDO JARAMILLO SOLEIRIS JOHANA
INGRESO

Paciente llega: CAMILLA
Motivo Consulta
PACIENTE TRAIADO EN CAMILLA POR PERSONALDE AMBULANCIA

Enfermedad actual
PACIENTE MASCULINO SORDO QUIEN ES TRAIADO POR PERSONAL DE AMBULANCIA POSTEROR A SUFRIR ACCIDENTE TRANSITO CALIDAD DE PEATON CON MULTIPLES CONTUSION EN REGION FACIAL Y CRANEOCEFALICO , REFIERE CON INGESTA DE ALCOHOL PREVIO AL ACCIDENTE.

CARACTERISTICAS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Paciente transitaba: PEATON Arrollado por: MOTOCICLETA
Transporte del paciente: AMBULANCIA

ATENCION PREHOSPITALARIA

Manejo RCP: N Intubación: N LEV: N Inmovilización cervical/extremidades: N
Medicamentos: N Cuales medicamentos:
NEGATIVOS

ANTECEDENTES MEDICOS

Alergicos:

NEGATIVOS

Patológicos:

NEGATIVOS

Farmacológicos:

NEGATIVOS

Quirúrgicos:

NEGATIVOS

Traumatológicos:

NEGATIVOS

ANTECEDENTES MEDICOS

Transfusionales:

NEGATIVOS

Gineco-obstetricos:



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga



Página: 2 de 4
EPICRISIS

URGENCIAS

Registro: 2023018194 Nro: 1
Tipo: CC Nro Identidad: 91518873 Edad: 41 años Sexo: M Fecha Ingreso: 10/08/2023 22:09:28
Nombre: SIERRA GUEVARA FABIAN ANDRES
Empresa: LIBERTY SEGUROS S.A. Seq. Comp:

Tóxico/Fumador: N Bebedor: N Uso Psicotrpicos: N Gineco/Obstetricos FUM: Planifica:
Fecha Ult. Rel. Sexual: G: P: A: V: C: M:
La paciente refiere encontrarse embarazada: N

EXAMEN FISICO

T.A.	F.C.	F.R.	TEMP	PESO	SaO2	TALLA
135/75	85	21	36.5		97	

REVISION POR SISTEMA

Escala de Glasgow: 15 /15 Rpta Motora: 6 Rpta Verbal: 5 Apertura ocular: 4

EXAMEN FISICO

Cranee:

NORMOCEFALO , EDEMA EN REGION FRONTAL DERECHA , LACERACIONES MULTIPLES

Orbitas/Ojos:

ISOCORIA NORMORREACTIVA A LA LUZ, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS

Cara:

LACERACIONES MULTIPLES , MEJILLA DER EDEMATIZADA , REGION FRONTAL DER CON EDEMA

Naris:

PIRAMIDE NASAL SIN LTERACIONES

Boca:

LABIOS EDEMATIZADOS

Cuello: Dolor cervical: N Hemaotides: N

CUELLO APARENTEMENTE MOVIL SIMETRICO

Torax: Dolor a la inspiración profunda: N Dificultad Respiratoria: N

RsPs: S

TÓRAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO DOLOR NI DEFORMIDAD A LA PALPACIÓN DE REJA COSTA

RxCs: S

RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.

Abdomen: Dolor abdominal: N Evidencia de trauma externo: N

BLANDO, DEPRESIBLE, NO SIGNOS EXTERNOS DE TRAUMA RUIDOS INTESTINALES PRESENTES DE ADECUADA INTENSIDAD Y FRECUENCIA

Espalda:

SIMETRICA, MOVIL

Pelvis: Dolor de movilización crestas o pubis: N

SIMETRICA, MOVIL

Extremidades: Alt. En Sensibilidad: N Alt. De Perfusión: N

ANTEBRAZO IZQUIERDOP LACERADO EDEMATIZADO DOLOR Y LIMITACION HASTA EL CODO RESTO NO EVALUABLE

Neurologico:

PACIENTE MOILIZA EXTREMIDADES , APERTURA OCULAR AL LLAMADO , EMITESONIDOS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

Tipo Dx: Código Dx: Nombre Dx:
RELACIONADO T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

CONDUCTA AL INGRESO (INCLUYE PROCED. DIAGNOSTICOS Y EL PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO)

**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga**URGENCIAS**Pagina: 3 de 4
EPICRISISRegistro: 2023018194 Nro: 1
Tipo: CC Nro Identidad: 91513873 Edad: 41 años Sexo: M Fecha Ingreso: 10/08/2023 22:09:28
Nombre: SIERRA GUEVARA FABIAN ANDRES
Empresa: LIBERTY SEGUROS S.A. Seq. Comp:*Dra. Soleiris J. Ocando J.*
Médico General
*C.C. 1098796700*Grabo: 1098796700 OCANDO JARAMILLO SOLEIRIS
Registro: 1098796700 MEDICO GENERALPACIENTE MASCULINO SORDO QUIEN ES TRAIIDO POR PERSONAL DE AMBULANCIA POSTEROR A SUFRIR ACCIDENTE TRANSITO CALIDAD DE PEATON CON MULTIPLES CONTUSION EN REGION FACIAL Y CRANEOENCEFALICO , REFIERE CON INGESTA DE ALCOHOL PREVIO AL ACCIDENTE..
PACIENTE CON POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN APARENTE ESTADO DE ALICORAMIENTO SE INDICAN EXAMENES COMPLEMETNARIOSPLAN
OBSERVACION
NADA VIAORAL
CATETER HEPARINIZADO
OMEPRAZOL 40MG IV AHORA
METOCLOPRAMIDA 1AMP IV AHORA
DICLOFENACO 75MG IV CAD 12
ACETAMONOFEN 1G MG VO CADA 8 H
DEXAMETASONA 8MG IV DIA
SS TAC DE CRANEO
SS RX CERVICAL , ANTEBRAZOIZO
SS VAL NEUROCX
HOJA NEUROLOGUCACAD 4HORAS**NOTAS MEDICAS**

Fecha Nota: 10/08/2023 23:19:43 Nota aclaratoria: N

Dra. Soleiris J. Ocando J.
Médico General
*C.C. 1098796700*OCANDO JARAMILLO SOLEIRIS JOHANA MEDICO GENERAL
RECIBO LLAMADO DE ENFERMERA PACIENTE QUIEN PRESENTA EPISODIO DE HEMATEMESIS UNICOPLAN
METOCLOPRAMIDA 1AMP IV AHORA
SS HEMOGRAMA

Fecha Nota: 11/08/2023 0:19:47 Nota aclaratoria: N

Dra. Soleiris J. Ocando J.
Neurocirujano
Registro No. 1154

GUTIERREZ SAAVEDRA ANDRES M NEUROCIURGIA

PACIENTE MASCULINO SORDO QUIEN ES TRAIIDO POR PERSONAL DE AMBULANCIA POSTEROR A SUFRIR ACCIDENTE TRANSITO CALIDAD DE PEATON CON MULTIPLES CONTUSION EN REGION FACIAL Y CRANEOENCEFALICO , REFIERE CON INGESTA DE ALCOHOL PREVIO AL ACCIDENTE.. PACIENTE CON POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN APARENTE ESTADO DE ALICORAMIENTO SE INDICAN EXAMENES COMPLEMETNARIOS EN LOS CUALES SE EVIDENCIA HEMATOMA EPIDUAL POLO TEMPORAL DERECHO DE MOMENTO PACIENTE SIN DETERORO NEUROLOGICO. HOSPITALIZAR EN UCI. SOLUCION HIPERTONICA, FENITOINA, ANALGESICO Y PROTECCION GASTRICA. TOMOGRAFIA CEREBRAL DE CONTROL EN 48 HORAS .

PLAN
MANEJO UCI PLENA
SSN3% 80CC CAD 8 HORAS
FENOTINA 750MG CONTINUAR 125MG IV CADA 8 HORAS
OMEPRAZOL 40MG IV DIA
SS TAC DENTRO DE 48 HORAS
SS TAC DE CARA
PENDEINTE REPORTE OFICIAL DE IMAGENES**DIAGNOSTICOS DE EGRESO**Tipo Dx: Código Dx: Nombre Dx:
CONFIRMADO T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
CONFIRMADO S06# OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES
CONFIRMADO S08# HEMORRAGIA EPIDURAL**SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga**URGENCIAS**Pagina: 4 de 4
EPICRISISRegistro: 2023018194 Nro: 1
Tipo: CC Nro Identidad: 91518873 Edad: 41 años Sexo: M Fecha Ingreso: 10/08/2023 22:09:28
Nombre: SIERRA GUEVARA FABIAN ANDRES
Empresa: LIBERTY SEGUROS S.A. Seq. Comp:**PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EFECTUADOS**RCP: Intubación Endotraqueal: Tubo Torax: Toracocentesis: Pericardiocentesis: Paracentesis:
Sonda Vesical: Sonda Nasogastrica: Taponamiento nasal: Inmovil. Extremidades: Inmovilización Cervical:
Debridamiento de Heridas: Sutura: Nro Puntos:
Otros:

Conducta Final UCI Fecha Salida: 11/08/2023 0:28:28

Motivo Remisión: Hora Remisión: Autorización CRU:
Signos Vitales TA: FC: FR:
SaO2 TEM: Glasgow
IPS o ESE a la cual se remite Persona autoriza la remisión:

Condiciones generales de salida e Incapacidad determinada

L

Plan de manejo

L

Plan Educativo

L

INCAPACIDADFecha Inicia: Fecha Termina: Dias:
Prórroga: N Tipo Incapacidad: Clase Incapacidad:
Nota:

CERTIFICO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS SE DEDUCE QUE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA, SEGUN VERSION DEL PROPIO PACIENTE, CORRESPONDEN A UN ACCIDENTE DE TRANSITO

DATOS DEL MEDICOGrabo: 1098796700 OCANDO JARAMILLO SOLEIRIS JOHANA
Registro: 1098796700 MEDICO GENERAL*Dra. Soleiris J. Ocando J.*
Médico General
C.C. 1098796700