

Barranquilla, 16 de Octubre de 2024

N° RADICADO:
20296370



ga206836

Señores:

LA EQUIDAD SEGUROS O. C.

Bogotá D.C.

Respetados señores:

Por medio del presente nos permitimos informar el resultado final de la investigación de ACCIDENTE DE TRANSITO realizada al joven **MIGUEL ANGEL FILL RADA**, identificado con Cédula De Ciudadanía No. **1044602270**, y al joven **OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.044.615.040**, de quienes se refieren haber sufrido el siniestro el día **25 de Junio de 2024** y recibieron atención médica en la **IPS CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS** con Nit: **901049966**, el mismo día, pretendiendo afectar la Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT N° **8122238800** del vehículo tipo **MOTOCICLETA** con placas **YIS81G**, por lo cual se cursa reclamación de Gastos Médicos, bajo los radicados **20306146, 20296370**. Concluimos que después de adelantar todo el protocolo investigativo su resultado es: **NO ATENDER - NO ES ACCIDENTE DE TRANSITO**

Para un análisis más detallado del caso, anexo al presente envío, informe de todas las gestiones adelantadas en el asunto de la referencia.

Con un cordial saludo, y dando respuesta a su requerimiento me suscribo,


Cordialmente,


JOSÉ MIGUEL QUIJANO RUIZ
GERENTE OPERATIVO

HERNANDO ARTURO QUIJANO RUIZ
REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO TÉCNICO: TARJETA DE PROPIEDAD

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
MINISTERIO DE TRANSPORTE

 **LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031688410**

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
YIS81G	BAJAJ	CT100 KS SPOKE	2025
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
102	NEGRO INFINITO	PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MOTOCICLETA	SIN CARROCERÍA	GASOLINA	2
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
PFXWPH86119	N	9GJB37PF2SP019396	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
9GJB37PF2SP019396	N	9GJB37PF2SP019396	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)		IDENTIFICACIÓN	
VILLEGAS MENDOZA PEDRO LUIS		C.C. 1129573490	

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
162024000005362

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA
30/04/2024

FECHA EXP. LIC. TTD.
30/04/2024

FECHA VENCIMIENTO


ORGANISMO DE TRÁNSITO
STRIA MCPAL TTOYTTE GALAPA

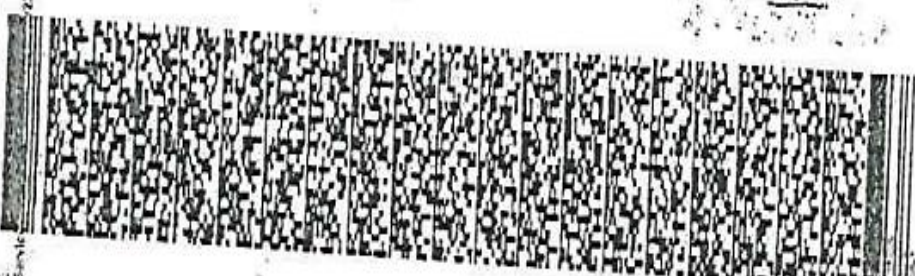
BLINDAJE

POTENCIA HP
8

VE FECHA IMPORT.
1 19/03/2024

PUERTAS
0







1. DILIGENCIAS ADELANTADAS:

1.1. REGISTRO DOCUMENTAL DE LA HOJA DE INGRESO: FUENTE DE LA INFORMACION: HOJA DE INGRESO/ CENSO/ OTROS

Según el **FURIPS** emitido por la **IPS CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MÓNICA SAS**, los hechos se registraron el día **25 de Junio de 2024**, a eso de las 13:45 horas, en la Calle 35 con Carrera 26 del barrio Montes de la ciudad de Barranquilla - Atlántico, momentos en que los jóvenes **MIGUEL ANGEL FILL RADA** y **OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ** se movilizaba en la motocicleta de placa **YIS81G**, amparada bajo la póliza SOAT No. **8122238800** de la compañía La Equidad Seguros, cuando pierden el control del vehículo al esquivar otro rodante, caen al pavimento y resultan lesionados.

OBSERVACIÓN: Se aclara que, los **FURIPS** emitidos por la **IPS CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MÓNICA SAS** registran a las presuntas víctimas como **CONDUCTORES**, presentándose una inconsistencia con este dato.

2. ENTREVISTA LESIONADO Y OTROS

2.1. CIRCUNSTANCIAS DE MODO, TIEMPO Y LUGAR

En el proceso materia de investigación figura como víctima al joven **MIGUEL ANGEL FILL RADA**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.044.602.270** de 21 años de edad, residente en Calle 63 N°13-31 de la ciudad de Barranquilla - Atlántico, con celular: **3006582354**. Quien diligencia el Formato de Declaración de Siniestros es la señora **FERNANDA BEATRIZ LEON AHUMADA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.143.470.822**, administradora de la motocicleta, el día **11 de Septiembre de 2024**, manifestando lo siguiente:

*"Yo, **FERNANDA BEATRIZ LEON AHUMADA**, con C.C. **1.143.470.822**, manifiesto que soy la administradora de la moto **Bóxer**, negra, modelo 2025, de placa **YIS81G**, la cual es propiedad de mi jefe, **PEDRO LUIS VILLEGAS MENDOZA**, con número de contacto: **3017750990**, y aclaro que la motocicleta no participó en accidente de tránsito para la fecha **25/06/2024**, por lo tanto, no autorizamos que se afecte la póliza SOAT para Gastos Médicos en la **CLÍNICA SANTA MÓNICA SAS**."*

OBSERVACIÓN:

*Teniendo en cuenta que, la **IPS CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MÓNICA SAS**, emite una segunda reclamación por concepto de Gastos Médicos, a cargo del señor **OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ**, nos volvemos a contactar con el propietario del rodante, señor **PEDRO LUIS VILLEGAS MENDOZA**, quien autoriza a su administradora, **FERNANDA BEATRIZ LEON AHUMADA**, brinde una nueva declaración en la que esclarezca la situación, la cual narra los hechos, así:*



“Yo, FERNANDA BEATRIZ LEON AHUMADA, con C.C. 1.143.470.822, en calidad de asistente del señor PEDRO LUIS VILLEGAS MENDOZA, quien es propietario de la motocicleta Bóxer, negra, de placa YIS81G, con su autorización, manifiesto que dicha motocicleta no participó en el accidente de tránsito con fecha del 25 de Junio de 2024, aclaro que, el señor OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ no se accidentó en ella, por lo tanto no autorizamos que se afecte la póliza SOAT por Gastos Médicos en la CLÍNICA CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MÓNICA SAS.”

2.2. TRASLADO DE LA VICTIMA.

No hubo servicio de ambulancia, toda vez que no ocurrió accidente de tránsito.

2.3. LESIONES.

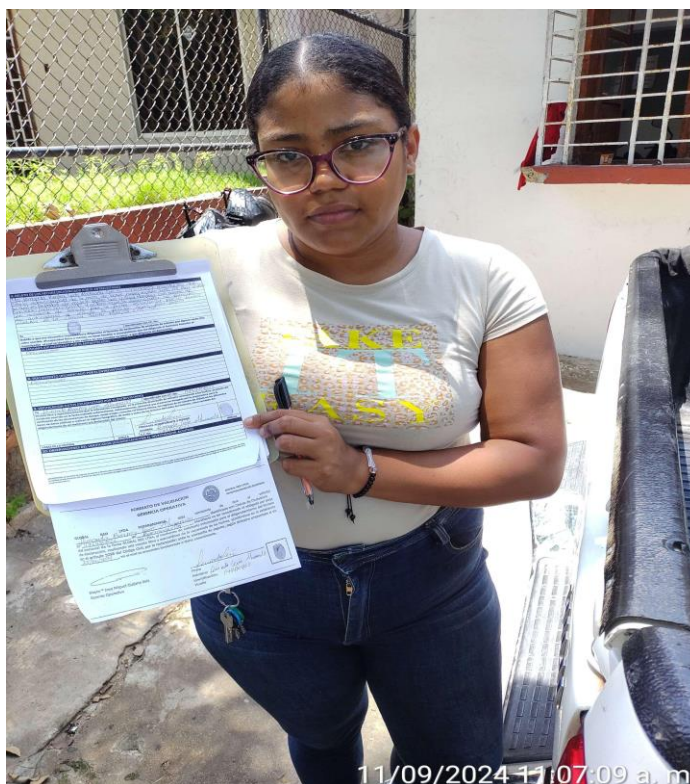
El joven **MIGUEL ANGEL FILL RADA** no ha sufrido lesiones por accidente de tránsito.

El joven **OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ** no ha sufrido lesiones por accidente de tránsito

2.4. TRATAMIENTO.

El joven **MIGUEL ANGEL FILL RADA** no ha requerido atención médica.

El joven **OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ** no ha requerido atención médica.





Fotografías de la declarante posterior al diligenciamiento del Formato de Declaración.



CONSULTA REPS:

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 12 de septiembre de 2024 (12:06 p.m.)

[Excel](#) [Word](#) [Texto](#) [Imprimir](#)

(26) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHSS0218939					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHSS0218941					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0218943					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0343007					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0218944					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0218945					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	205 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHSS0566151					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0218946					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHSS0218947					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	DHSS0218948					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	213 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHSS0218949					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	214 -CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	DHSS0218950					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	215 -CIRUGÍA UROLÓGICA	DHSS0218951					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	231 -CIRUGÍA DE LA MANO	DHSS0566152					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	234 -CIRUGÍA DE TÓRAX	DHSS0630554					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	235 -CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	DHSS0218953					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	245 -NEUROCIRUGÍA	DHSS0566153					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0566155					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0218961					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0218962					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0218963					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0218964					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0566160					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0218965					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	1102-URGENCIAS	DHSS0218967					
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0624392					
1											
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	AMBULANCIAS	Básica	1	LWS990	TERRESTRE	2023	10030804801
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	AMBULANCIAS	Básica	1	LWS991	TERRESTRE	2023	10030804850
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	AMBULANCIAS	Básica	1	LWU839	TERRESTRE	2023	10031294427
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	AMBULANCIAS	Básica	1	LWU840	TERRESTRE	2023	10031294419
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Pediatrica	2			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Adultos	33			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Cuidado Intensivo Pediátrico	1			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Incubadora Intermedia Neonatal	12			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Intermedia Adultos	13			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Incubadora Intensiva Neonatal	6			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Intensiva Adultos	7			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Cuna Intermedia Neonatal	14			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMAS	Cuna Básico Neonatal	4			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMILLAS	Observación Pediátrica	1			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	13			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	14			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CONSULTORIOS	Urgencias	1			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	CONSULTORIOS	Consulta Externa	1			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	SALAS	Procedimientos	2			0	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800104313	01	CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	SALAS	Sala de Cirugía	3			0	
1											

OBSERVACIÓN: Con la presente consulta se confirma que la IPS reclamante se encuentra habilitada y en capacidad de brindar los servicios médicos que factura, sin embargo, finalizada la investigación se establece que dichos servicios no fueron prestados a la presunta víctima.

3. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

3.1. DIRECCION DE LOS HECHOS:

Los hechos ocurrieron en la Calle 35 con Carrera 26 del barrio Montes, en la ciudad de Barranquilla - Atlántico.

3.2. PUNTOS DE REFERENCIA:

Los hechos ocurrieron en la Calle 35 con Carrera 26 del barrio Montes, en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, al inspeccionar el lugar de los hechos identificamos como punto de referencia el **COLEGIO MARÍA SARA ALVARADO**.



Lugar reportado como el de los hechos.



3.3. REGISTRO DE LAS AUTORIDADES:

Las autoridades de tránsito no hicieron presencia en el lugar de los hechos.

3.4. TESTIGOS:

En el lugar de los hechos no se encontraron testigos, a pesar de la labor de campo realizada.

4. ENTREVISTA TOMADOR Y/O PROPIETARIO:

El tomador de la póliza SOAT es el señor **PEDRO LUIS VILLEGAS MENDOZA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1.129.573.490**, con celular: **3017750990**, quien se contacta y niega la ocurrencia del accidente, además, autoriza a su empleada y administradora del rodante a que brinde la declaración.


5. INSPECCION TECNICA DEL VEHICULO

No se logra inspeccionar el vehículo de placa **YIS81G**, ya que se encontraba circulando, sin embargo, se confirman sus características y vigencia según el registro RUNT.

6. REGISTRO RUNT





PLACA DEL VEHÍCULO:	YIS81G		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10031688410	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	CT100 KS SPOKE
MODELO:	2025	COLOR:	NEGRO INFINITO
NÚMERO DE SERIE:	9GJB37PF2SP019396	NÚMERO DE MOTOR:	PFXWPH86119
NÚMERO DE CHASIS:	9GJB37PF2SP019396	NÚMERO DE VIN:	9GJB37PF2SP019396
CILINDRAJE:	102	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	 30/04/2024
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA MCPAL TTOYTTE GALAPA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO



Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
8122238800	 29/04/2024	 30/04/2024	 29/04/2025	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	 VIGENTE

7. AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El joven **MIGUEL ANGEL FILL RADA**, reporta afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud con **CAJACOPI**, estado **ACTIVO**, régimen **SUBSIDIADO**, según ficha técnica anexa:

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1044602270
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	FILL RADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/05/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA



El joven **OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ**, reporta afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud con **CAJACOPI EPS S.A.S**, estado **ACTIVO**, régimen **SUBSIDIADO**, según ficha técnica anexa:

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1044615040
NOMBRES	OSCAR MIGUEL
APELLIDOS	FONTALVO ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	03/02/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

8. HISTORIAL DE SINIESTROS PARA LA PÓLIZA:

HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8122238800

FECHA DE ACCIDENTE

2024-05-22 08:00:00

FECHA DE INGRESO A CLÍNICA

2024-05-22 09:05:00

CLÍNICA DONDE FUE ATENDIDO

IPS CLÍNICA BETEL S.A.S

CODIGO CASO:

ga198799

CONCEPTO:

ATENDER

DIRECCION DE LOS HECHOS:

CALLE 63 CON CRA 20

NOMBRE:

MIGUEL ANGEL FILL RADA

IDENTIFICACION:

CC 1044602270

 **GLOBAL RED SOLUTIONS SAS "INVESTIGACIONES SIN FRONTERA"**

 **Calle 70 N° 52 – 54 Barranquilla – Atlántico, Centro Comercial Gran Centro Local 1-115**

 **309 3170 – 312 386 7562**

 **hquijano@globalredsas.com**

 **globalredsas.com**

**HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8122238800**

FECHA DE ACCIDENTE	FECHA DE INGRESO A CLINICA
2024-05-22 08:00:00	2024-05-22 00:00:00
CLINICA DONDE FUE ATENDIDO IPS CLÍNICA BETEL S.A.S	
CODIGO CASO: ga198799	CONCEPTO: ATENDER
DIRECCION DE LOS HECHOS: CALLE 63 CON CRA 20	
NOMBRE: MICHELL ANDREA FILL RUIZ	IDENTIFICACION: TI 1194963162

HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8122238800

FECHA DE ACCIDENTE	FECHA DE INGRESO A CLINICA
2024-06-06 19:55:00	2024-06-06 20:36:00
CLINICA DONDE FUE ATENDIDO CLINICA LA VICTORIA SAS	
CODIGO CASO: ga202368	CONCEPTO: NO ATENDER
DIRECCION DE LOS HECHOS: CALLE 94 CON CARRERA 3C DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA - ATLÁNTICO	
NOMBRE: MICHELL ANDREA FILL RUIZ	IDENTIFICACION: TI 1194963162

HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8122238800

FECHA DE ACCIDENTE	FECHA DE INGRESO A CLINICA
2024-06-06 19:55:00	2024-06-06 20:36:00
CLINICA DONDE FUE ATENDIDO CLINICA LA VICTORIA SAS	
CODIGO CASO: ga202368	CONCEPTO: NO ATENDER
DIRECCION DE LOS HECHOS: CALLE 94 CON CARRERA 3C DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA - ATLÁNTICO	
NOMBRE: MIGUEL ANGEL FILL RADA	IDENTIFICACION: CC 1044602270

**HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8122238800**

FECHA DE ACCIDENTE	FECHA DE INGRESO A CLINICA
2024-07-28 13:20:00	2024-07-28 15:08:00
CLINICA DONDE FUE ATENDIDO CLINICA SALUD LA CONCEPCION LIMITADA	
CODIGO CASO: ga203625	CONCEPTO: NO ATENDER
DIRECCION DE LOS HECHOS: CARRERA 1 SUR CON CALLE 51B	
NOMBRE: FERDINANDO CORREA CARO	IDENTIFICACION: CC 92186694

HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8122238800

FECHA DE ACCIDENTE	FECHA DE INGRESO A CLINICA
2024-06-12 12:42:00	2024-06-12 10:27:00
CLINICA DONDE FUE ATENDIDO MEDICLINICA SOLUCIONES INTEGRALES E SALUD I.P.S S.A.S	
CODIGO CASO: ga204161	CONCEPTO: NO ATENDER
DIRECCION DE LOS HECHOS: CALLE 80 CON CARRERA 45 EN EL BARRIO TORCOROMA, ZONA URBANA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA - ATLÁNTICO	
NOMBRE: MIGUEL ANGEL FILL RADA	IDENTIFICACION: CC 1044602270

HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8122238800

FECHA DE ACCIDENTE	FECHA DE INGRESO A CLINICA
2024-06-12 12:42:00	2024-06-12 10:30:00
CLINICA DONDE FUE ATENDIDO MEDICLINICA SOLUCIONES INTEGRALES E SALUD I.P.S S.A.S	
CODIGO CASO: ga204161	CONCEPTO: NO ATENDER
DIRECCION DE LOS HECHOS: CALLE 80 CON CARRERA 45 EN EL BARRIO TORCOROMA, ZONA URBANA DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA - ATLÁNTICO	
NOMBRE: MICHELL ANDREA FILL RUIZ	IDENTIFICACION: TI 1194963162



9. CONCLUSIONES:

Terminadas las investigaciones, y en base a la declaración escrita por la señora **FERNANDA BEATRIZ LEON AHUMADA**, empleada del señor **PEDRO LUIS VILLEGAS MENDOZA**, propietario, y administradora de la motocicleta que se pretende afectar, de placa **YIS81G**, amparada bajo la póliza SOAT No. **8122238800** de la compañía La Equidad Seguros, se establece que el vehículo descrito no ha estado involucrado en ningún accidente para el día **25 de Junio de 2024**, que le haya causado lesiones a los jóvenes **MIGUEL ANGEL FILL RADA** y **OSCAR MIGUEL FONTALVO ORTIZ**, en la ciudad de Barranquilla - Atlántico. Lo anteriormente expuesto sugiere una OBJECCIÓN a la reclamación que efectúa la **IPS CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MÓNICA SAS** por concepto de Gastos Médicos, toda vez que nos encontramos ante un caso que **NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO**.





10. TENDENCIA A FRAUDE DE LA INVESTIGACIÓN:

0%

Discriminación de la tendencia a Fraude para esta investigación:

- ✓ (10 %) Corresponde al **Vehículo**
- ✓ (10 %) Corresponde al **LESIONADO PRINCIPAL** de la investigación.
- ✓ (25 %) Corresponde a la **IPS del lesionado principal** de la investigación.
- ✓ (35 %) Corresponde al **TIPO DE VEHICULO**.
- ✓ (20 %) Corresponde al **CIUDAD DE OCURRENCIA** del siniestro.

Historial de investigaciones de Global Red para: Lesionado, Póliza, Vehículo y Tipo de vehículo:


Lesionado	Póliza	Placa	Tipo Vehículo
MIGUEL ANGEL FILL RADA	8122238800	YIS81G	Motocicleta
 4 Total 2 Fraudes 2 Atender	 8 Total 6 Fraudes 2 Atender	 5 Total 4 Fraudes 1 Atender	 171095 Total 17534 Fraudes 149193 Atender

11. INVESTIGADOR Y SUGERENCIA DE RESULTADO:

Realizado por **CRISPULO OSPINO SILVA** con ID: **CC 85166187**.

SE SUGIERE: NO ATENDER

Cordialmente,


JOSÉ MIGUEL QUIJANO RUIZ
GERENTE OPERATIVO


HERNANDO ARTURO QUIJANO RUIZ
REPRESENTANTE LEGAL



FOTOS FORMULARIO:

DECLARACIÓN DE SINIESTRO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

ASEGURADORA: EQUIDAD SEGUROS		CIUDAD: Barranquilla		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	
NOMBRE DE LA IPS DONDE FUE TRASLADADO: Santa Ana S.A.S.		HORA: 11:00		DÍA 11 MES 09 AÑO 2024	
1. IDENTIFICACIÓN DE LA VÍCTIMA (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR-AUDITOR)					
NOMBRES: Miguel Angel		APELLIDOS: Fari Rada		EDAD: 21	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 63 #13-31		TELÉFONO:			
BARRIO: La Ceiba		CIUDAD/MUNICIPIO: Barranquilla		DEPARTAMENTO: Atlántico	
DIRECCIÓN DE OFICINA:		TELÉFONO:			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO	TELÉFONO CELULAR	CONDICIÓN DE LA VÍCTIMA	
CC <input checked="" type="checkbox"/> TL <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> C/EXT. <input type="checkbox"/>	1044602270	3103902085	Ocupante	Pedón	Conductor <input checked="" type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/>
2. DATOS DEL ACCIDENTE (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR-AUDITOR)					
CIUDAD/MUNICIPIO DE OCURRENCIA: Barranquilla		FECHA DEL ACCIDENTE		HORA DEL ACCIDENTE	
DEPARTAMENTO: Atlántico		DÍA 25 MES 06 AÑO 2024		13:45	
DIRECCIÓN DEL ACCIDENTE: Calle 35 era 26		BARRIO: Montes			
ZONA	LUGAR	INTERVIENE AUTORIDAD DE TRÁNSITO		DENUNCIA	NÚMERO DENUNCIA
RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CROQUIS <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
FECHA DE INGRESO A LA IPS		SITIO DEL TRASLADO (LUGAR EXACTO DONDE ES RECOGIDA LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE)			
DÍA 25 MES 06 AÑO 2024					
TIPO DE TRASLADO	AMBULANCIA	VEHÍCULO PARTICULAR	PROPIOS MEDICOS	SERVICIO PÚBLICO	OTRO MEDIO CUAL:
3. DATOS DEL VEHÍCULO (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR-AUDITOR)					
MARCA	PLACA	COLOR	NOMBRE Y APELLIDO DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO		
Bajaj	475-816	Negro	Miguel Angel Fari Rada		
TIPO	MODELO	SERVICIO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		
Boxer CT	2025	particular	TELÉFONO: DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		
4. DATOS DE LA PÓLIZA (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR-AUDITOR)					
PÓLIZA SOAT NO		VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
8122238800		DESDE	DÍA 30 MES 04 AÑO 2024	HASTA	DÍA 29 MES 04 AÑO 2025
NOMBRE Y APELLIDO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA		CÉDULA		TELÉFONO	
Pedro Luis Vellegas Mendoza		1129573490		3017750990	
DIRECCIÓN DEL TOMADOR:		CIUDAD DE EXPEDICIÓN:			
5. OTROS OCUPANTES LESIONADOS (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR-AUDITOR)					
NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		




FOTOS FORMULARIO:

6. RELATO DE LOS HECHOS (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
Yo <u>Fernanda Beatriz León Ahumada</u> con CC <u>1143440822</u> manifiesto que soy la administradora de la moto de boxer negra modelo 2015 de Placa <u>Y15816</u> la cual es propiedad de mi jefe <u>Pedro Luis Villaga Mendoza</u> con número de contacto (200) 2017750990 y aclaro que la motocicleta no participo en accidente de tránsito para la fecha <u>25/06/2024</u> por lo tanto no autorizamos se afecte la póliza SOAT para gastos médicos en la Clínica Santa Flámina S.A.S.			
Yo		Identificado con CC. No.	
Debido a que me encuentro impedido para diligenciar el formato de declaración de accidente de tránsito por alguna razón (No saber escribir, discapacidad física o mental, no tener familiar o acompañante que me diligencie el formato) Autorizo al investigador el cual se identificó y me explico en que consiste su labor, a que diligencie mi declaración.			
7. LESIONES (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
<u>Desconosco</u>			
8. TRATAMIENTO (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
<u>Desconosco</u>			
9. VERIFICACION DATOS (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
Yo <u>Fernanda Beatriz León Ahumada</u>		Identificado con CC. No. <u>1143440822</u>	
Declaro libre y espontáneamente que la información consignada en la presente declaración de siniestro corresponde a los hechos, producto del accidente ocurrido en la fecha indicada anteriormente. Adicionalmente, (Autorizó que el personal delegado por la aseguradora para la verificación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, consulte mi historia Clínica, los registros de mi número de cédula en las diferentes bases de datos públicas y realicen el registro fotográfico, de audio y video de las lesiones derivadas del siniestro, como también del diligenciamiento de mi testimonio y/o declaración del mismo.			
FIRMA DE LA VÍCTIMA		FIRMA DEL ACOMPAÑANTE O TESTIGO	
		<u>Fernanda León Ahumada</u>	
HUELLA		HUELLA	
10. OBSERVACIONES DEL VERIFICADOR (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR-AUDITOR)			
<u>La declaración es clara que la motocicleta en mención no participo en accidente de tránsito en la fecha indicada.</u>			
ADVERTENCIA: La compañía de seguros, se reserva el derecho para investigar la totalidad de la circunstancias del tiempo, modo y lugar en las que se produjeron los hechos en la presente declaración de siniestro, así como de verificar la real afectación del contrato de seguros. La compañía de seguros denunciara ante las autoridades competentes cualquier intento de fraude consumado a partir del uso ilegal de la póliza SOAT registrada en el presente documento.			

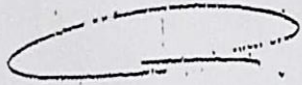


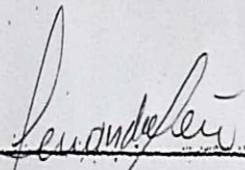

FOTOS FORMULARIO:

FORMATO DE VALIDACION
GERENCIA OPERATIVA

 GLOBAL RED LTDA
INVESTIGACIONES SIN FRONTERAS

GLOBAL RED LTDA BUCARAMANGA, deja constancia de que el señor(a)
Fernanda Beatriz León Ahumada, identificado con Cedula de Ciudadanía
N° 1143470822 de Barranquilla. Manifiesta no ser coaccionado ni obligado por parte
del personal de la firma GLOBAL RED LTDA, al momento de solicitarle información para el diligenciamiento del formato
de declaración, realizando una versión libre y espontánea de la ocurrencia de los hechos, ajustándose en lo establecido
en el artículo 1058 del Código Civil; por la reclamación ante la compañía de seguros, según siniestro presentado el día
25/06/2024, en el cual se encuentra involucrado o tiene conocimiento.


Mayor ® Jose Miguel Quijano Ruiz
Gerente Operativo


Firma
Nombre: Fernanda León Ahumada
Identificación: 1143470822
Huella: 

FOTOS FORMULARIO:

DECLARACIÓN DE SINIESTRO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO.[illegible]

 **GLOBAL RED SOLUTIONS SAS "INVESTIGACIONES SIN FRONTERA"**

 **Calle 70 N° 52 – 54 Barranquilla – Atlántico, Centro Comercial Gran Centro Local 1-115**

☎ **309 3170 - 312 386 7562**

✉ hquijano@globalredsas.com

 globalredsas.com



FOTOS FORMULARIO:

6. RELATO DE LOS HECHOS (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
Yo <u>Fernanda Beatriz León Ahumada</u> con CC <u>1143470822</u> en calidad de asistente del señor <u>Pedro Luis Villaza Mendoza</u> quien es propietario de la motocicleta <u>Boxer negra de placa 418B16</u> con su autorización manifiesto que dicha motocicleta no participo en accidente de tránsito en la fecha <u>25/06/2024</u> y aclaro que el señor <u>Oscar Miguel Fontalvo Ortiz</u> no se accidento en ella por lo tanto no autorizamos se afecte la póliza SOAT para gastos médicos en la clínica <u>Centro Hospitalario regional Santa Monica SAS</u>			
Yo		Identificado con CC. No.	
Debido a que me encuentro impedido para diligenciar el formato de declaración de accidente de tránsito por alguna razón (No saber escribir, discapacidad física o mental, no tener familiar o acompañante que me diligencie el formato) Autorizo al investigador el cual se identificó y me explico en que consiste su labor, a que diligencie mi declaración.			
7. LESIONES (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
<u>Desconocidos</u>			
8. TRATAMIENTO (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
<u>Desconocidos</u>			
9. VERIFICACION DATOS (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)			
Yo <u>Fernanda Beatriz León Ahumada</u>		Identificado con CC. No. <u>1143470822</u>	
Declaro libre y espontáneamente que la información consignada en la presente declaración de siniestro corresponde a los hechos, producto del accidente ocurrido en la fecha indicada anteriormente. Adicionalmente, (Autorizó que el personal delegado por la aseguradora para la verificación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar, consulte mi historia Clínica, los registros de mi número de cédula en las diferentes bases de datos públicas y realicen el registro fotográfico, de audio y video de las lesiones derivadas del siniestro, como también del diligenciamiento de mi testimonio y/o declaración del mismo.			
FIRMA DE LA VÍCTIMA		FIRMA DEL ACOMPAÑANTE O TESTIGO	
		<u>Fernanda León</u>	
HUELLA		NOMBRE: <u>Fernanda León</u>	
		C.C. No. <u>1143470822</u>	
		HUELLA	
10. OBSERVACIONES DEL VERIFICADOR (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR-AUDITOR)			
<u>La declaración es clara que la motocicleta en cuestión no participo en accidente de tránsito.</u>			

ADVERTENCIA: La compañía de seguros, se reserva el derecho para investigar la totalidad de la circunstancias del tiempo, modo y lugar en las que se produjeron los hechos en la presente declaración de siniestro, así como de verificar la real afectación del contrato de seguros. La compañía de seguros denunciara ante las autoridades competentes cualquier intento de fraude consumado a partir del uso ilegal de la póliza SOAT registrada en el presente documento.

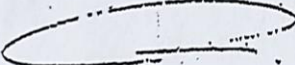


FOTOS FORMULARIO:

FORMATO DE VALIDACION
GERENCIA OPERATIVA

GLOBAL RED LTDA
INVESTIGACIONES SIN FRONTERAS

GLOBAL RED LTDA BUCARAMANGA, deja constancia de que el señor(a) Fernanda Beatriz León Ahumada Identificado con Cédula de Ciudadanía N° 1143470822 de Barranquilla. Manifiesta no ser coaccionado ni obligado por parte del personal de la firma GLOBAL RED LTDA, al momento de solicitarle información para el diligenciamiento del formato de declaración, realizando una versión libre y espontánea de la ocurrencia de los hechos, ajustándose en lo establecido en el artículo 1058 del Código Civil; por la reclamación ante la compañía de seguros, según siniestro presentado el día 25/06/2024, en el cual se encuentra involucrado o tiene conocimiento.


Mayor © Jose Miguel Quijano Ruiz
Gerente Operativo

Fernanda León
Firma
Nombre: Fernanda León
Identificación: 1143470822
Huella 