



## GLOBAL RED LTDA

INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

Barranquilla, 16 de Abril de 2024

Señores:  
**LA EQUIDAD SEGUROS O. C.**



Bogotá D.C.

**ga190330**

Respetados señores:

Por medio del presente nos permitimos informar el resultado final de la investigación de ACCIDENTE DE TRANSITO realizada al señor **ERICK DAVID ARROYO OROZCO**, identificado con Cédula De Ciudadanía No. **1045739139**, y al joven **BRAYAN ENRIQUE BARCASNEGRAS DE LA HOZ**, identificado con Cédula De Ciudadanía **1143255214**, quienes refieren haber sufrido el siniestro el día **29 de Noviembre de 2023** 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° **8094592200** del vehículo tipo **MOTOCICLETA** con placas **NGU04F** en condición de **OCUPANTE y CONDUCTOR**, por lo cual se cursa reclamación de Gastos Médicos. Concluimos que después de adelantar todo el protocolo investigativo su resultado es: **NO ATENDER**

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**



**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

**ANEXO TÉCNICO N° 2 TARJETA DE PROPIEDAD**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
MINISTERIO DE TRANSPORTE

**LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10021738454**

PLACA: **NGU04F** MARCA: **BAJAJ** MODELO: **BOXER CT 100 ES** AÑO: **2021**

CILINDROS: **102** COLOR: **NEGRO NEBULOSA** SERVICIO: **PARTICULAR**

CLASE DE VEHÍCULO: **MOTOCICLETA** TIPO CARGACERO: **SIN CARROCERIA** COMBUSTIBLE: **GASOLINA** CAPACIDAD AG/PL: **2**

NÚMERO DE MOTOR: **PFWWLD37475** REG. PAÍS: **N** VIN: **9FLB37AY4MDJ11242**

NÚMERO DE SERIE: **9FLB37AY4MDJ11242** REG. NÚMERO DE CHASIS: **N** VIN: **9FLB37AY4MDJ11242** AÑO: **N**

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: **PACHECO EDITH MERCEDES** IDENTIFICACION: **C.C. 32743716**

RESTRICCIÓN MOVILIDAD: **LIBRE** POTENCIA HP: **7**

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: **482020000474731** LC: **I** FECHA IMPORT: **24/09/2020** PUERTAS: **0**

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD:

**PRENDA - CREDITOS ORBE S.A.S.**

FECHA MATRÍCULA: **02/12/2020** FECHA EXP. LIC. TRD: **02/12/2020** FECHA VENCIMIENTO: **XXXXXX**

ORGANISMO DE TRÁNSITO: **STRIA MCPAL TTOYTTE GALAPA**

**LT02006086365**



## 1. DILIGENCIAS ADELANTADAS:

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

Según registro de la HOJA DE INGRESO emitido por CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS, los hechos se registraron el día 29 de noviembre del 2023, a eso de las 10:30 horas, en la calle 90 2 sur en la ciudad de Barranquilla - Atlantico, momentos en que el joven ERICK DAVID ARROYO OROZCO, identificado con cedula de ciudadanía N°1045739139, se movilizaba en calidad de OCUPANTE de la motocicleta de placa NGU04F, amparada bajo la Póliza SOAT N° 8094592200 de la COMPAÑÍA LA EQUIDAD SEGUROS O. C, conducida por el joven BRAYAN ENRIQUE BARCASNEGRAS DE LA HOZ, identificado con cedula de ciudadanía N°1143255214, quien pierde el control de esta, cayendo al suelo, resultando lesionados.

## 2. ENTREVISTA LESIONADO Y OTROS

### 2.1. CIRCUNSTANCIAS DE MODO, TIEMPO Y LUGAR

En el proceso materia de investigación figura como víctima al señor **ERICK DAVID ARROYO OROZCO**, identificado con Cédula De Ciudadanía **1045739139** de 27 años de edad, residente en CARRERA 10B #94-46, Barranquilla - Atlantico, con Teléfono: NR.

Quien diligencia el Formato de Declaración de Siniestros es la joven **BRAYAN ENRIQUE BARCASNEGRAS DE LA HOZ**, identificado con **cedula de ciudadanía No. 1143255214**, quien figura dentro del proceso investigativo como uno de los lesionados, en entrevista realizada el día 16 de Abril de 2024, manifiesta lo siguiente:

*"Yo BRAYAN BARCAS NEGRAS, identificado con cedula de ciudadanía No 143255214, declaro que no he sufrido ningún accidente de transito el día 29-11-2023, desconozco al señor ERICK, tampoco conozco la motocicleta de placas NGU04F. Si sufrí un accidente de tránsito pero fue el día 12-12-2023, iba solo en otra moto y arrollé al peatón. "*

### 2.2. TRASLADO DE LA VICTIMA.

El traslado del lesionado se realizó por sus propios medios hasta **CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS**

### 2.3. LESIONES.

Se desconocen las lesiones presentadas por el lesionado **ERICK DAVID ARROYO OROZCO** sufrió, toda vez que el conductor implicado niega la ocurrencia de los hechos.

El lesionado **BRAYAN ENRIQUE BARCASNEGRAS DE LA HOZ** niega haber presentado lesiones, toda vez que niega la ocurrencia de los hechos.

### 2.4. TRATAMIENTO.

Se desconoce el tratamiento médico brindado por la IPS al lesionado **ERICK DAVID ARROYO OROZCO** sufrió, toda vez que el propietario del rodante niega la ocurrencia de los hechos.

El lesionado **BRAYAN ENRIQUE BARCASNEGRAS DE LA HOZ** niega haber recibido atención médica de parte de la IPS, toda vez que niega la ocurrencia de los hechos.



Fotografía del conductor lesionado, al diligenciar el Formato De Declaración De Siniestro.

### 3. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

#### 3.1. DIRECCION DE LOS HECHOS:

Los hechos ocurrieron en la CALLE 90 2 SUR en la ciudad de BARRANQUILLA - ATLANTICO.

#### 3.2. PUNTOS DE REFERENCIA:

Los hechos ocurrieron en la CALLE 90 2 SUR en la ciudad de BARRANQUILLA - ATLANTICO., No se establece punto de referencia debido a que los hechos ocurrieron en una zona de alto flujo vehicular.







### 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 **EDITH MERCEDES PACHECO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **32743716**, dirección: NR, teléfono: 3126463648, quien expresa lo siguiente:

**"No se logra contactar, a quien se le realiza llamada telefónica pero no se logra comunicación."**

### 5. INSPECCION TECNICA DEL VEHICULO

No se logra inspeccionar el vehículo implicado en el accidente de tránsito.









### 6. REGISTRO RUNT

PLACA DEL VEHÍCULO:	NGU04F		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10021738454	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA

#### Información general del vehículo

MARCA:	BAJAJ	LÍNEA:	BOXER CT 100 ES
MODELO:	2021	COLOR:	NEGRO NEBULOSA
NÚMERO DE SERIE:	9FLB37AY4MDJ11242	NÚMERO DE MOTOR:	PFYWLD37475
NÚMERO DE CHASIS:	9FLB37AY4MDJ11242	NÚMERO DE VIN:	9FLB37AY4MDJ11242
CILINDRAJE:	102	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	 02/12/2020
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA MCPAL TToYTTE GALAPA	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	SI

#### Póliza SOAT

Número de póliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
4308004619385000	 27/11/2023	 01/12/2023	 30/11/2024	120	LA PREVISORA S.A.COMPANIA DE SEGUROS	 VIGENTE
8094592200	 27/11/2022	 01/12/2022	 30/11/2023	120	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	 NO VIGENTE



## 7. AFILIACION AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

El señor **ERICK DAVID ARROYO OROZCO**, reporta afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud con **NUEVA EPS S.A.**, estado **ACTIVO**, régimen **SUBSIDIADO**, según ficha técnica Anexa:

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1045730139
NOMBRES	ERICK DAVID
APELLIDOS	ARROYO OROZCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	20/04/2018	31/12/2099	CABEZA DE FAMILIA

El joven **BRAYAN ENRIQUE BARCASNEGRAS DE LA HOZ**, reporta afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud con **COOSALUD EPS S.A.**, estado **ACTIVO**, régimen **SUBSIDIADO**, según ficha técnica Anexa:

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1143255214
NOMBRES	BRAYAN ENRIQUE
APELLIDOS	BARCASNEGRAS DE LA HOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	BARRANQUILLA

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	31/12/2099	CABEZA DE FAMILIA



8. HISTORIAL DE SINIESTROS PARA LA PÓLIZA:

**HISTORIAL REGISTRO OTROS INGRESOS POLIZA No. 8094592200**

**FECHA DE ACCIDENTE**

2023-08-23 07:28:00

**FECHA DE INGRESO A CLINICA**

2023-08-23 00:00:00

**CLINICA DONDE FUE ATENDIDO**

SEDE CLINICA ABATON

**CODIGO CASO:**

ga171238

**CONCEPTO:**

ATENDER

**DIRECCION DE LOS HECHOS:**

CALLE 110 CON CARRERA 6

**NOMBRE:**

CARLOS ARTURO VELASQUEZ PACHECO

**IDENTIFICACION:**

CC 1152210190



## 9. CONCLUSIONES:

Finalizadas las labores de investigación se logra establecer que los jóvenes **ERICK DAVID ARROYO OROZCO** y **BRAYAN ENRIQUE BARCASNEGRAS DE LA HOZ**, el día 29 de noviembre del 2023, no sufrieron accidente de tránsito mientras se movilizaban como **OCUPANTE** y **CONDUCTOR**, respectivamente de la motocicleta de placas **NGU04F**, amparada bajo la Póliza SOAT N° **8094592200** de la **COMPAÑÍA LA EQUIDAD SEGUROS O. C.**, datos confirmados por el conductor lesionado. Por lo anterior expuesto se sugiere **NO CUBRIR** la reclamación que por concepto de gastos médicos realiza la IPS **CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS**, toda vez que nos encontramos ante un caso de **NO ACCIDENTE DE TRANSITO**.





## 10. TENDENCIA A FRAUDE DE LA INVESTIGACIÓN:

34.4%

### 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
<b>ERICK DAVID ARROYO OROZCO</b>	<b>8094592200</b>	<b>NGU04F</b>	<b>Motocicleta</b>
 <b>2 Total</b> <b>2 Fraudes</b> <b>0 Atender</b>	 <b>2 Total</b> <b>1 Fraudes</b> <b>1 Atender</b>	 <b>2 Total</b> <b>1 Fraudes</b> <b>1 Atender</b>	 <b>157989 Total</b> <b>16339 Fraudes</b> <b>140051 Atender</b>

## 11. INVESTIGADOR Y SUGERENCIA DE RESULTADO:

Realizado por **AUDITORIA INTERNA** con ID: **ASI 13579**.

**SE SUGIERE: NO ATENDER**

Cordialmente,

  
**JOSÉ MIGUEL QUIJANO RUIZ**  
**GERENTE OPERATIVO**

  
**HERNANDO ARTURO QUIJANO RUIZ**  
**REPRESENTANTE LEGAL**







**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

**FOTOS FORMULARIO:**

**6. RELATO DE LOS HECHOS**  
FORMATO DILIGENCIADO POR: ☒ AFECTADO ☐ REPRESENTANTE ☐ OTRO  
Yo Brayan Barcasnegras Identificado con CC. No. 1143255214  
Relato que los hechos sucedieron el día 29/11/2023 del Mes de Noviembre del año 2023 de la siguiente forma:  
declaro que no he sufrido ningún accidente de tránsito el día 29/11/2023 desconozco al Señor en el cual también conozco la marca/cilindrada de placas aguaf  
Si sufrí un accidente de tránsito Pero fue el día 12/12/2023 iba solo en otra moto y arrelle al Peaton

Yo Brayan Barcasnegras Identificado con CC. No. 1143255214  
Debido a que me encuentro impedido para diligenciar el formato de declaración de accidente de tránsito por alguna razón:  
Autorizo al Señor Brayan Barcasnegras Identificado con CC. No. 1143255214 OTRO OTRO  
me explicó en qué consiste su labor, a que diligencie mi declaración. Manifiesto que he leído y/o comprendido la información solicitada, por tal motivo otorgo en forma libre mi consentimiento. FIRMA: Brayan Barcasnegras el cual se identifica y

**7. LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE**  
NINGUNA

**8. TRATAMIENTO REALIZADO EN LA IPS:**  
NINGUNA

**9. VERIFICACION DATOS (DILIGENCIADO POR EL ENTREVISTADO)**  
Yo Brayan Barcasnegras Identificado con CC. No. 1143255214  
Autorizo de forma expresa y voluntaria a Previanza Seguros para realizar tratamiento de mis datos personales para la gestión integral del siniestro. A su mismo autorizo a realizar el tratamiento de datos sensibles de acuerdo con lo estipulado en el artículo 67 y 71 de la Ley 1581 de 2012, en especial, aquellos datos relacionados con niños, niñas y adolescentes, en el evento que Regula a suministrados, Previanza Seguros y Global Red Ltda. - garantizará la confidencialidad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y actualización tecnológica de los datos personales. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Brayan Barcasnegras  FIRMA DEL ACOMPAÑANTE O TESTIGO  
FIRMA DE LA VÍCTIMA Brayan Barcasnegras  NOMBRE: Brayan Barcasnegras  
C.C. No. 1143255214 DISEÑO

**10. OBSERVACIONES DEL VERIFICADOR (DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR/AUDITOR)**  
CALIFICACIÓN DE OPCIÓN:  
OBSERVACIONES: NINGUNA SEX: ☒ FEM ☐ MASC ☐ OTRO  
No accidente de tránsito

NOMBRE: Arnold Alvarado CC. No. 1143257139 FIRMA: Arnold Alvarado




**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

FOTOS FORMULARIO:


**FORMATO DE VALIDACION**  
**GERENCIA OPERATIVA**

GLOBAL RED LTDA BUCARAMANGA, deja constancia de que el señor(a) Brayan Barcasnegras Alcaide identificado con Cedula de Ciudadania N° 1143255214 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 29-11-2023, en el cual se encuentra involucrado o tiene conocimiento.



Mayor® Jose Miguel Quijano Ruiz  
Gerente Operativo

Brayan Barcasnegras  
Firma  
Nombre: Brayan Barcasnegras  
Identificación: 1143255214  
Huella







**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

## FOTOS FORMULARIO:

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS			
Fecha de radicación (Responda a globo, marcar X en RG)		N° Radiador	
I. Datos de la institución prestadora de salud			
Razon Social: CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS		Cod.Habilitación: 06010431301 NR: 50104655-1	
II. Datos de la víctima del evento catastrófico o accidente de tránsito			
Primer Apellido arroyo		Segundo Apellido arroyo	
Primer Nombre arid		Segundo Nombre david	
Tipo Doc CC		N° Doc 1045799109	
Fecha de Nacimiento 25/02/1998		Sexo M	
Direccion CARRERA 100 No. 94 -45		Telefono 0	
Departamento Atlantico		Cod.Dept 08	
Municipio BARRANQUILLA		Cod.Mun 001	
Cens. Accidentado Ocupante			
III. Datos del sitio donde ocurrió el evento catastrófico o accidente de tránsito			
NATURALEZA DEL EVENTO			
Accidente de tránsito <input checked="" type="checkbox"/>			
NATURALEZA			
Sismo <input type="checkbox"/> Maremoto <input type="checkbox"/> Erupción volcánica <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/>			
Avalancha <input type="checkbox"/> Deslizamiento de arena <input type="checkbox"/> Incendio natural <input type="checkbox"/> Huelga <input type="checkbox"/>			
TERRORISTA			
Explosión <input type="checkbox"/> Masacre <input type="checkbox"/> Mina antipersonal <input type="checkbox"/> Combate <input type="checkbox"/>			
Incendio <input type="checkbox"/> Ataques a manifestación <input type="checkbox"/> Desgraciada <input type="checkbox"/>			
Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:			
Direccion: CALLE 53 2 SUR		Zona: U	
Fecha: 29-11-2022		Hora: 16:30	
Departamento: ATLANTICO		Cod.Dept: 08	
Municipio: BARRANQUILLA		Cod.Mun: 001	
Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito: OCUPANTE DE MOTOCICLETA RESULTA LESIONADO CUANDO AL CONDUCTOR SE LE ATRAVIESA UN PERRO PERDIENDO EL CONTROL OCASIONANDO CAIDA Y TRAUMA EN DIFERENTE PARTE DEL CUERPO			
IV. Datos del vehículo del accidente de tránsito			
Estado de aseguramiento: Asegurado		N° de la póliza 859493200	
Marca: SAJAJ		Placa: NGUD4F	
Tipo de servicio: Particular		Intervención de la autoridad: No	
Codigo de la aseguradora: 15-01		Cobro de la póliza: SI	
Vigencia desde: 01-12-2022		Vigencia hasta: 30-11-2023	
Número de radicado: 81848 00300708907905		Cobro por agotamiento: No Aseguradora	
Tipo de vehículo: Motocicleta			
V. Datos del propietario del vehículo			
Primer Apellido: PACHECO		Segundo Apellido:	
Primer Nombre: EDITH		Segundo Nombre: MERCEDES	
Tipo de documento: CC		N° de documento: 32743710	
Direccion de residencia: CARRERA 100 N 94 - 45		Telefono: 3003606107	
Departamento: ATLANTICO		Cod.Dept: 08	
Municipio: BARRANQUILLA		Cod.Mun: 001	
VI. Datos de las atenciones de la víctima			
Codigo CUPS de servicio principal de hospitalización:		Complejidad del procedimiento quirúrgico:	
Codigo CUPS del procedimiento quirúrgico principal:		Codigo CUPS del procedimiento quirúrgico secundario:	
Se presta servicio UCI:		Días de UCI estimados:[]	





**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

## FOTOS FORMULARIO:

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL			
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS			
<b>VII. Datos del conductor del vehículo involucrado en el accidente de tránsito</b>			
Primer Apellido: BARCANEGRAS	Segundo Apellido: DE LA HOZ		
Primer Nombre: BRAYAN	Segundo Nombre: ENRIQUE		
Tipo de documento: CC	Nº de documento: 1143355214		
Dirección de residencia: CARRERA 100 N 94 - 45	Teléfono: 3003608107		
Departamento: ATLANTICO	Cod. Dept: 05		
Municipio: BARRANQUILLA	Cod. Mun: 031		
<b>VIII. Datos de remisión</b>			
Tipo de Referencia: No aplica	Hora de remisión:		
Fecha de remisión:	Prestador que remite:		
Prestador que remite:	Código de inscripción:		
Código de inscripción:	Profesional que remite:		
Profesional que remite:	Fecha de excepción:		
Fecha de excepción:	Prestador que recibe:		
Prestador que recibe:	Código de inscripción:		
Código de inscripción:	Profesional que recibe:		
Profesional que recibe:	Cargo:		
Cargo:	Plazo amb. traslado primario:		
<b>IX. Amparo de transporte y movilización de la víctima</b>			
Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la IPS (Transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS:			
Datos del vehículo:	Zona: URBANO		
<b>X. Certificación de la atención médica de la víctima como prueba del accidente o evento</b>			
Fecha de ingreso: 20-11-2023	Hora de ingreso: 12:04	Fecha de ingreso: 25-11-2023	Hora de ingreso: 15:52
Diagnóstico principal de ingreso:	Diagnóstico principal de ingreso:	Diagnóstico principal de ingreso:	Diagnóstico principal de ingreso:
S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS N	S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE	S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE	S801-CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE
Otro diagnóstico de ingreso:	Otro diagnóstico de ingreso:	Otro diagnóstico de ingreso:	Otro diagnóstico de ingreso:
Otro diagnóstico de ingreso:	Otro diagnóstico de ingreso:	Otro diagnóstico de ingreso:	Otro diagnóstico de ingreso:
<b>Datos Médico o Profesional Tratante:</b>		<b>Datos Médico o Profesional Tratante:</b>	
Primer Apellido: DE LOS REYES	Segundo Apellido: VARELA	Primer Apellido: DE LOS REYES	Segundo Apellido: VARELA
Primer Nombre: YURANIS	Segundo Nombre: ROCIO	Primer Nombre: YURANIS	Segundo Nombre: ROCIO
Tipo de documento: CC	Número de documento: 1143455244	Tipo de documento: CC	Número de documento: 1143455244
Registro médico: 1143455244		Registro médico: 1143455244	
<b>XI. AMPAROS QUE RECLAMA</b>			
GASTOS MEDICO-QUIRURGICOS	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA	
348.425	0	0	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0	
El total facturado y reclamado es desdoblado en esta numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.			
Manifestación de servicios habilitados:			
<b>XII. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>			
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 General de Fianciamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Forpaga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y los aseguradores, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.			



**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

## FOTOS FORMULARIO:

REPUBLICA DE COLOMBIA 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 TRANSITO	
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS	
Fecha de radicación: (Responda a glosa, marcar X en RG)	RG: SI N° Factura: 072140
N° Radicado:	
<b>I. Datos de la institución prestadora de salud</b>	
Razón Social: CENTRO HOSPITALARIO REGIONAL SANTA MONICA SAS	Cod. Habilitación: 080010431301 NB: 001049905-1
<b>II. Datos de la víctima del evento catastrófico o accidente de tránsito</b>	
Primer Apellido: BARCASNEGRAS Primer Nombre: BIRAYAN Tipo Doc: CC Fecha de Nacimiento: 26/05/1995 Dirección CRA 68 A 15UR 02 Departamento: ATLÁNTICO Municipio: BARRANQUILLA Cond.: Accidentado Conductor	Segundo Apellido: DE LA HOZ Segundo Nombre: ENRIQUE N° Doc: 114325214 Sexo: M Teléfono: 3005847340 Cod. Dept: 08 Cod. Mun: 001
<b>III. Datos del sitio donde ocurrió el evento catastrófico o accidente de tránsito</b>	
<b>NATURALEZA DEL EVENTO</b>	
Accidente de tránsito: <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>NATURALEZA</b>	
Sismo: <input type="checkbox"/>	Marinero: <input type="checkbox"/>
Erupción volcánica: <input type="checkbox"/>	Inundación: <input type="checkbox"/>
Avalancha: <input type="checkbox"/>	Deslizamiento de arena: <input type="checkbox"/>
Incendio natural: <input type="checkbox"/>	Huracán: <input type="checkbox"/>
<b>TERRORISTA</b>	
Explosión: <input type="checkbox"/>	Masacre: <input type="checkbox"/>
Mina antipersonal: <input type="checkbox"/>	Combate: <input type="checkbox"/>
Incendio: <input type="checkbox"/>	Ataque a municipio: <input type="checkbox"/>
Desplazado: <input type="checkbox"/>	Quitar: <input type="checkbox"/>
Dirección: CALLE 90 CARRERA 25UR	Zona: U1
Fecha: 29-11-2023	Hora: 10:30
Departamento: ATLÁNTICO	Cod. Dept: 08
Municipio: BARRANQUILLA	Cod. Mun: 001
Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito: PACIENTE QUE AL IR CONDUCIENDO MOTOCICLISTA SUFRE CAÍDA AL CRUZARSE UN PERRO EN LA VIA RESULTANDO LESIONADO	
<b>IV. Datos del vehículo del accidente de tránsito</b>	
Estado de aseguramiento: Asegurado	N° de la póliza: 8064582290
Marca: BAJAJ	Placa: NGL046
Tipo de servicio: Particular	Intervención de la autoridad: No
Código de la aseguradora: 14-29	Cobro de la póliza: No
Vigencia desde: 01-12-2022	Vigencia hasta: 30-11-2023
Número de radicado: SIRA5 270dec745dec547e	Cobro por agotamiento tope Aseguradora: No
Tipo de vehículo:	
<b>V. Datos del propietario del vehículo</b>	
Primer Apellido: RACHICO	Segundo Apellido:
Primer Nombre: EDITH	Segundo Nombre: MERCEDES
Tipo de documento: CC	N° de documento: 32743716
Dirección de residencia: CRA 43 No 7D-144	Teléfono: 0115514774
Departamento: ATLÁNTICO	Cod. Dept: 08
Municipio: BARRANQUILLA	Cod. Mun: 001
<b>VI. Datos de la atención de la víctima</b>	
Código CUPS de servicio principal de hospitalización:	Complejidad del procedimiento quirúrgico:
Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal:	Código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario:
Se presta servicio UCI:	Días de UCI reclamados:



**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA


## FOTOS FORMULARIO:

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL			
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO PERSONAS JURIDICAS - FURIPS			
<b>VII. Datos del conductor del vehículo involucrado en el accidente de tránsito</b>			
Primer Apellido: BARCANEGRAS	Segundo Apellido: DE LA HOZ		
Primer Nombre: IRAYAN	Segundo Nombre: ENRIQUE		
Tipo de documento: C.C.	N° de documento: 1143255214		
Dirección de residencia: CARRERA 66-A 15UR 02	Teléfono: 3003647348		
Departamento: Atlántico	Cod. Dept: 081		
Municipio: BARRANQUILLA	Cod. Mun: 001		
<b>VIII. Datos de remisión</b>			
Tipo de Referencia: No aplica	Hora de remisión:		
Fecha de remisión:			
Prestador que remite:	Cargo:		
Código de inscripción:	Hora:		
Profesional que remite:			
Fecha de aceptación:	Cargo:		
Prestador que recibe:			
Código de inscripción:			
Profesional que recibe:			
Placa ante traslado primario:			
<b>IX. Amparo de transporte y movilización de la víctima</b>			
Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la IPS (Transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS			
Datos del vehículo:	Zona: URBANO		
<b>X. Certificación de la atención médica de la víctima como prueba del accidente o evento</b>			
Fecha de ingreso: 29-11-2023	Hora de ingreso: 12:05	Fecha de egreso: 31-12-2023	Hora de egreso: 10:30
Diagnóstico principal de ingreso: S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO		Diagnóstico principal de egreso: S525-FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO	
Otro diagnóstico de ingreso:		Otro diagnóstico de egreso:	
Otro diagnóstico de ingreso:		Otro diagnóstico de egreso:	
Datos Médico o Profesional Tratante:			
Primer Apellido: DE LOS REYES	Segundo Apellido: VARELA		
Primer Nombre: YURANIS	Segundo Nombre: ROCIO		
Tipo de documento: CC	Numero de documento: 1143453244		
Registro medico: 1143453244			
<b>XI. AMPAROS QUE RECLAMA</b>			
	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA	
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	21.336.218	0	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0	
El total facturado y reclamado es correcto en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.			
Manifestación de servicios habilitados:			
<b>XII. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>			
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 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.			



**GLOBAL RED LTDA**  
INVESTIGACIONES SIN FRONTERA

**FOTOS FORMULARIO:**




REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS  
DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO  
PERSONAS JURIDICAS - FURPS

ANAYLEN PEÑALOZA

Nombre



Firma representante legal