REPUBLICA DE COLOMBIA RESOLUCIÓN 01915 28 MAY 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PERSONAS JURIDICAS -FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Fecha Radicación 29/10/2026 **RG** **No Radicado**

No Radicado anterior(Respuesta a glosa, marcar X en RG **No Factura/Cuenta cobro:** FEC 320129

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC
Dirección: KR 48 10-29
Código Habilitación: 865680081301
Nit: 901201887
Código Departamento: PUTUMAYO
Teléfono: 3503160055
Código Municipio: PUERTO ASIS

III. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Primer Apellido: RUALES
Segundo Apellido: CRIOLLO
Primer Nombre: KEVIN
Segundo Nombre: JOAN
Tipo de Documento CC
No Documento 1120098433

Fecha de Nacimiento: 07/03/2007 Sexo: M Fecha de fallecimiento:
Dirección Residencia: VEREDA AGUA NEGRA
Departamento: PUTUMAYO Cod. 86 Telefono : 3185636957/LEILA CRIOLLO/MAMA
Municipio: PUERTO ASIS Cod. 568
Condición del Accidentado: [X] Conductor [ ] Peaton [ ] Ocupante [ ] Ciclista

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

Naturaleza del evento:

Naturales:

Accidente de transito [X] Sismo [ ] Maremoto [ ] Erupción volcánica [ ] Deslizamiento de tierra [ ]
Inundación [ ] Avalancha [ ] Incendio natural [ ] Desplazados [ ] Huracan [ ]
Otro [ ] Rayo [ ] Vendaval [ ] Tornado [ ]

Terroristas:

Explosión terrorista [ ] Incendio terrorista [ ] Combate [ ] Ataques a Municipios [ ] Masacre [ ]
Mina Antipersonal [ ]

Dirección de la ocurrencia: VEREDA AGUA NEGRA KM 7
Fecha Evento/Accidente: 24/10/2026 Hora: 03:30
Departamento: PUTUMAYO Cod. 86
Municipio: PUERTO ASIS Cod. 568 Zona: RURAL

Descripción breve del Evento catastrófico o Accidente de Transito Enuncie las principales caracteristicas del evento / accidente:

PACIENTE QUE SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR EL DIA 24 DE OCTUBRE DEL 2026 A LAS 03:30 HORAS EN VEREDA AGUA NEGRA KM 7 DEL MUNICIPIO DE PUERTO ASIS - PUTUMAYO QUIEN SE ACCIDENTA EN VEHICULO TIPO MOTOCICLETA DE MARCA HERO CON PLACAS VQA80F. PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD, INGRESA REMITIDO DE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS DONDE INGRESA EN AMBULANCIA DE ESA INSTITUCION QUIENES REFIEREN ENCUENTRAN A PACIENTE EN VIA KM 7 SALIDA PUERTO ASIS-SANTANA, PROBABLE ACCIDENTE DE TRANSITO CALIDAD DE CONDUCTOR, NO SE SABE CINEMATICA DE ACCIDENTE. ENCUENTRAN PACIENTE INCONCIENTE, CON MULTIPLES HERIDAS EN CUERO CABELLUDO A NIVEL PARIETOOCCIPITAL, CON DEFORMIDAD EN MUSLO DERECHO. A INGRESO A SERVICIO DE URGENCIAS DE CENTRO REMISOR, REFIEREN GLASGO 5/15 POR LO QUE INDICAN IOT COMO MEDIDA NEUROPROTECTORA Y DE VIA AEREA. MANEJAN CON SEDACION Y BOLOS DE SOLUCION HIPERTONICA. REFIERE MEDICO DE REMISION NO CUENTAN EN EL MOMENTO CON IMAGENES DIAGNOSTICAS (TAC) POR LO QUE REMITEN, PARA ADEMAS, VALORACION POR NEUROCIRUGIA
INGRESA PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NORMOTENSO, NORMOCARIDCO, ACOPLADO A VMI, AFEBRIL, RASS -3 CON PUPILAS MIOTICAS HIPORACTIVAS 1MM. SE ESTABILIZA Y POSTERIOR A ELLOS SE PASA A TOMA DE IMAGENES PARA EVALUAR POLITRAUMA.

V. DATOS DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento:

Asegurado [ ] No asegurado [X] Vehículo fantasma [ ] Póliza falsa [ ]

Asegurado D.2497 [ ] No asegurado - Sin placa [ ] No asegurado - Propietario Indeterminado o sin información [ ]

Marca: HERO **Placa:** VQA80F **Tipo de Vehículo:** Motocicleta

Tipo de servicio:

Oficial [ ] Vehiculo de emergencia [ ] Vehiculo de servicio diplomático o consular [ ] Vehiculo de transporte masivo [ ]

Vehiculo escolar. [ ] Particular [X] Publico [ ]

Código de la aseguradora: **Número radicado SIRAS:** 681e37d27b69b179

Nro. de la Poliza: 1102 **Intervension de la autoridad:** SI NO [X]

Vigencia Desde: Hasta: **Cobro Excedente:** SI [ ] NO [X]

VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA

Código CUPS de servicio principal de hospitalizacón: 110A01

Código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario:

Complejidad del procedimiento quirúrgico:

Se presto servicio UCi: NO

Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal:

Días de UCI reclamados: 0

VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

Primer Apellido: VILLOTA Segundo Apellido: DIAZ Departamento: PUTUMAYO Cod: 86

Primer Nombre: RUBEN Segundo Nombre: FERNANDO Municipio Residendia: PUERTO ASIS Cod: 568

Tipo documento: CC Nro. Documento: 16843452 Telefono: 3219649639

Dirección Residencia: VEREDA AGUA NEGRA

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Primer Apellido: RUALES Segundo Apellido: CRIOLLO Departamento: PUTUMAYO Cod. 86

Primer Nombre: KEVIN Segundo Nombre: JOAN Municipio Residendia: PUERTO ASIS Cod. 568

Tipo documento: CC Nro. Documento: 1120098433

Dirección Residencia: VEREDA AGUA NEGRA Telefono: 3219649639

IX. DATOS DE REMISIÓN

Tipo Referencia: Remite paciente[ ] Orden de Servicio [ ] Recibe paciente [ ]

Fecha Remisión: a las

Prestador que remite: Código Inscripción:

Profesional que remite: Cargo:

Fecha de Aceptación: a las

Prestador que Recibe: Código Inscripción:

Profesional que recibe: Cargo:

Placa Ambulancia No. :

X. TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

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

Datos del Vehiculo **Placa No.**

Transporto la victima desde **Hasta**

Tipo de transporte **Lugar donde recoge la victima** **Zona**

XI. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha ingreso 24/10/2026 a las 10:14 **Fecha Egreso:** **** a las **** :

Código de diagnostico principal de ingreso S099 **Código de diagnostico principal de Egreso** S723

Otro código de diagnostico de ingreso **Otro código de diagnostico principal de Egreso** S099

Otro código de diagnostico de ingreso **Otro código de diagnostico principal de Egreso** S065

XII. DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE

NOGUERA	BALETA
1er Apellido del Médico o Profesional tratante	2do Apellido del Médico o Profesional tratante
FRANKLIN	
1er Nombre del Médico o Profesional tratante	2do Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo documento CC **No. documento** 77018294 **Número de registro médico** 182022

XIII. AMPAROS QUE RECLAMA

.	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL ADRES
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	36.749.788	36.749.788
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	0	0

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

XIV. CONFIRMACIÓN SERVICIOS HABILITADOS

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



JOHN JAIRO BELTRAN SUAREZ

NOMBRE

JOHN JAIRO BELTRAN SUAREZ

REPRESENTANTE LEGAL