



Cruz Roja Colombiana

Pereira, Julio 21 de 2016

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación ~~11-2016-00000~~

Fecha: 26/07/2016-10:05:11

Recibido por: MARIA DEL PILAR PELAEZ RIVERA

Destino: Secretaría de Salud y Seguridad Social

Anexo: 11-FOLIOS

Doctora:
LUZ ADRIANA ANGEL
Secretaria de Salud
Municipio de Pereira
L.C.

Asunto: Queja Formal por cobro de servicios de salud no prestados.

De manera muy amable nos permitimos presentar queja formal ante su secretaria debido que la Cruz Roja Seccional Risaralda realizo la prestación de varios servicio de Ambulancia en accidentes de tránsito y al realizar el cobro ante la entidad aseguradora (Seguros del estado S.A.) esta nos ha dado respuesta informándonos que estos servicios ya fueron cancelados a otra empresa que "supuestamente realizo los servicio", en tal virtud nos permitimos anexas toda la documentación correspondiente y de igual forma me permito solicitarle de manera muy respetuosa que desde su secretaria se inicien las acciones correspondientes debido a que esta es una situación que no se debería estar presentando y mucho menos realizar cobros por un servicio que no fue prestado.

Cordialmente,

JOSE ALBERTO ARAMENDIZ URIBE
Presidente

Seccional Risaralda

PEREIRA
Calle 16 Carrera 15 Esquina
e-mail: risaralda@cruzrojacolombiana.org.

**"NECESITAMOS DE TU AYUDA
MÁS DE UNA VEZ"**

NIT. 891.408.031 - 4

PBX: 3245500 - 3245501
3245502 - 3245503 - 3245504
Fax: (096) 324 55 05
Linea Emergencia 132



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

SOAT - SINIESTROS

NIT. 860.009.578-6
DJ-6902/16

Bogotá, D.C., 12 de julio de 2016

Señor
REPRESENTANTE LEGAL
CRUZ ROJA SECCIONAL RISARALDA.
Calle 16 Carrera 15
Pereira, Risaralda

Asunto: Siniestro : 76486/2014*3
Afectado : Gloria Inés Bedoya Bolívar
Póliza : AT 1329 - 28220510
Factura : CRP173915

Respetado señor:

Recibimos los documentos enviados por usted a Seguros del Estado S.A., mediante los cuales solicita el pago de la indemnización por el amparo de Gastos de Transporte y Movilización con cargo a la póliza SOAT No. AT 1329- 28220510, con ocasión a las atenciones médicas prestadas a la señora Gloria Inés Bedoya Bolívar, como consecuencia del accidente de tránsito sucedido el día 25 de junio de 2014.

Al respecto nos permitimos indicarle lo siguiente:

Se evidencia que los servicios facturados ya fueron reclamados por ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE PEREIRA S.A.S., en la cuenta 2 con número de factura 632, lo cual nos indica que se trata de un doble cobro por los mismos servicios.

En consecuencia y con fundamento en las razones anteriormente expuestas, Seguros del Estado S. A., objeta la reclamación por usted presentada, por tratarse de un doble cobro.

Esta objeción la suscribe el Director Jurídico SOAT Siniestros, en virtud del poder otorgado por el Representante Legal de Seguros del Estado S.A., mediante Escritura Pública No. 6597 del 15 de diciembre de 2009 de la Notaría 13 de Bogotá D.C., debidamente registrada en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.

En caso de requerir información adicional para el caso objeto de su solicitud, debe dirigirla a la dependencia SOAT SINIESTROS ubicada en la Carrera 23 166 – 36 de la ciudad de Bogotá D.C., citando el número del siniestro y el número de la presente comunicación.

Atentamente,

JUAN MANUEL YARGAS OLARTE
Director Jurídico SOAT Siniestros

Lherra

OFICINA PRINCIPAL: Carrera 11 No 90-20 BOGOTÁ D.C Conmutador 307 82 88 Fax Server 651 12 40
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000 12 30 10
Carrera 23 No. 166 - 36 PBX 676 74 00 - Fax 676 74 00 Ext. 108
www.segurosdelestado.com

FACTURA VENTA

CRP 173915

Fecha: 10/06/2016 15:42 Estado de Pago: CREDITO Atención: Ambulatoria
Administradora: SEGUROS DEL ESTADO SA Contrato: SEGUROS DEL ESTADO SA Nit: 860009578-
Paciente: GLORIA INES BEDOYA BOLIVAR Identif: CC 24789784 Edad: 49 a 11 m 15 d Num Hta: 24789784

Teléfono: 3253812 Carné:
Tipo de afil: Cotizante/Afiliado Ingreso: 10/06/2016 15:41 Egreso: 10/06/2016 15:42
Nivel afil: UNICO Fech Egre Adm: Consecutivo interno: 21592

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
S31301		TRASLADO BASICO DE PACIENTES ATENCION PRIMARIA	1,00	205333,00	0,00	205333,00 €

Total Servicios	205.333,00	Comisiones	0,00
Copagos	0,00	Descuentos	0,00
C/Moderadora	0	Iva	0,00
Total Paciente	0,00	Saldo APB	205.333,00

Valor Paciente: CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Cdo APB: DOSCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Observaciones:

FIRMA PACIENTE

HUELLA

MAYRA ALONDRA PESQUERA MESA
RESPONSABLE FACTURACION



ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO. EXENTOS DE RETENCION EN LA FUENTE
IVA REGIMEN COMUN.

Resolucion de habilitacion DIAN No.180000125430 del 10/02/2016 Factura 162596 al 200000
Factura impresa en Computador atraves de INFORMATICA Y GESTION S.A nit 830.048.145-8



REPORTE DE ATENCIÓN Y TRASLADO EN AMBULANCIA

Versión 2.0
JULIO 2013
F120-031

Julio 2013 8+19

SERIAL No. 2466

DATOS DEL SERVICIO

FECHA DEL SERVICIO: 25.6.13	HORA DE SOLICITUD: 14:00	HORA DE LA CITA: 14:00	MÓVIL: 1508
CONDUCTOR: Alexander Restrepo	TRIPULANTE: Daniel Gaurica		
TRASLADO DESDE: Calle 17 y General a bomba + CRUCERO	TRASLADO HASTA: Financiera Medica		
TIPO DE TRASLADO: SENCILLO <input type="checkbox"/> URBANO <input type="checkbox"/> TAB <input type="checkbox"/> INTERCIUDAD <input type="checkbox"/> REDONDO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> AEROPUERTO <input type="checkbox"/>	CÓNTADO <input type="checkbox"/> No RECIBO: <u>SOAT</u> CRÉDITO <input type="checkbox"/> CONVENIO: _____ APORTE SOCIAL <input type="checkbox"/> AUTORIZO: _____		

CAUSA DEL SERVICIO

SOAT <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE RÁBICO <input type="checkbox"/>	EMERGENCIA <input type="checkbox"/>
ARL <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE OFÍDICO <input type="checkbox"/>	EVENTO CATASTRÓFICO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>	AUTOAGRESIÓN <input type="checkbox"/>	SERVICIO CONTRATADO <input type="checkbox"/>
ACCIDENTE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/>	AGRESIÓN <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
EMERGENCIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	SOSPECHA ABUSO SEXUAL <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO: Clarica Ines Bedoya Bolivar

IDENTIFICACIÓN: CC RC TI CE PASAPORTE ASI MSI 24789784

FECHA NACIMIENTO: 27/01/1966 EDAD: 48 días meses años TEL FIJO: 3253812 TEL CEL: _____

DIRECCIÓN DOMICILIO: M. 9. C. 12. Pádie Valencia Cuba

RÉGIMEN AFILIACIÓN: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN POBRE NO ASEGURADO

DATOS CLÍNICOS

ESTADO DE CONCIENCIA: CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> SIN SIGNOS VITALES <input type="checkbox"/>	SIGNOS VITALES: FC <u>77</u> FR <u>X</u> T <u>X</u> TA <u>133/93</u> SATO <u>96%</u>
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: <u>traumatismo por accidente de tránsito</u>	DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Trauma físico de cráneo por accidente de tránsito en la parte posterior de la cabeza y tobillo</u>
DESCRIPCIÓN BREVE DEL EVENTO: <u>Al estar viajando en un vehículo, se produjo un accidente de tránsito al caer desde el vehículo, golpeándose la parte posterior de la cabeza y el tobillo.</u>	MANEJO / TRATAMIENTO: <u>Asistencia médica y traslado en ambulancia.</u>
EVOLUCIÓN: <u>Se realizó consulta y curación de heridas de la cabeza y tobillo. Se aplicó yeso en el tobillo. Se indicó reposo y analgésicos. Se programó consulta de seguimiento.</u>	

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Como paciente o como responsable del paciente, autorizo a la Cruz Roja Colombiana para la realización de los procedimientos necesarios en caso de circunstancias imprevistas o inesperadas o para salvaguardar la vida del mismo y que puedan requerir de la atención original o la realización de otro procedimiento. Teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar, doy mi consentimiento para la realización del traslado.

Mediante la presente declaro que me niego a aceptar el tratamiento o traslado a un Centro Hospitalario y reconozco a sí mismo que el personal de Ambulancia de la Cruz Roja Colombiana recomendó hacerlo. En razón a lo anterior libero a dichas personas de toda responsabilidad por haber respetado y cumplido mis deseos manifestados.

FIRMA PACIENTE: _____ NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE / TESTIGO: _____

TRANSFERENCIA

HORA DE ARRIBO: _____ HORA RECEPCIÓN: _____ Aceptado: Si No Contra remitido HORA DE ARRIBO: _____

NOMBRE Y FIRMA PERSONAL CRUZ ROJA QUE ENTREGA: Daniel Gaurica NOMBRE Y FIRMA ENTIDAD RECEPTORA: [Firma]

CASO DE RECHAZO DE LA UNIDAD RECEPTORA ESPECIFICAR LOS MOTIVOS:

REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FUJTRAN
 Resolución 01916 28 MAY 2008

Fecha de Emisión: **20080526**
 No. Radicado: **660010173601**

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (o persona natural diligente los campos referenciados a su nombre y apellido)
 Nombre Empresa de Transporte Especial Reclamante: **CLUB LOJA SECCIONAL RISARALDA**
 Código de Identificación Empresa de Transporte Especial: **DPS 066303**
 Tipo de Documento: **CC** No. Documento: **811408031-4**
 Tipo de Servicio: Ambulancia Médica
 Si es Persona Natural (del Servicio): Particular Pública Civil Vehículo de servicio dependiente o conector
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Otro Costo:

En relación con placa No. **RIC 2576**
 Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: **CALLE 16 CALLETA 15 ESQUINA**
 Teléfono a Cobrar: **3169781100**
 Departamento: **RISARALDA** Ciudad: **66**
 Municipio: **PEREIRA** Cod. **001**

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Orden	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	CC 2729724	GLORIA	INES	BOGOTA	BOLIVAR
2					
3					
4					

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de tránsito Evento catástrofe Evento Terrorista

III. LUGAR EN EL QUE SE RECIBO LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: **CALLE 13 DIAGONAL A BOMBIA DE TEXACO**
 Departamento: **RISARALDA** Ciudad: **66** Zona:
 Municipio: **PEREIRA** Cod. **001**

IV. CERTIFICACION DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicios de Salud certifica que la entidad de Transporte Especial o Persona Natural otorgó el traslado de la víctima a casa IPB
 El día **25/05/08** a las **08:30**
 Nombre IPB que otorgó el servicio: **COOPERACION MEDICA CASA UP PARA OJOS COTO**
 No. Documento: **900117820-9** Código Institución: **660010173601**
 Dirección: **CALLE 9 20-60**
 Departamento: **RISARALDA** Ciudad: **66** Teléfono: **3405527**
 Municipio: **PEREIRA** Cod. **001**

Como representante legal a Domicilio de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro la veracidad de la información contenida en este formulario su dote y podrá ser validada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Planeación, por el Administrador Regional del Fondo de Solidaridad y Desarrollo SOCIAL, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, según todos los procedimientos legales que preceden este oficio. Atestado, manifestando que la responsabilidad de los gastos presentados por el traslado al ser recibidos por alguno por los mismos reclamados.

FIRMAS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS: *[Firma]*
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS: _____

TIPO Y MONEDA DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS: _____
 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE: *[Firma]*

Total Pafos: **1**



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

SOAT - SINIESTROS

NIT. 860.009.578-6

DJ-7079/16

Bogotá, D.C., 15 de julio de 2016

Señor
REPRESENTANTE LEGAL
CRUZ ROJA SECCIONAL RISARALDA
Calle 16 Carrera 15 Esquina
Pereira, Risaralda

Asunto: Siniestro : 15795/2016*3
 Afectado : Blanca Alicia Martínez Álzate
 Póliza : AT 1329 - 31846096
 Factura : CRP173929

Respetado señor:

Recibimos los documentos enviados por usted a Seguros del Estado S.A., mediante los cuales solicita el pago de la indemnización por el amparo de Gastos de Transporte y Movilización con cargo a la póliza SOAT No. AT 1329- 31846096, con ocasión a las atenciones médicas prestadas a la señora Blanca Alicia Martínez Álzate, como consecuencia del accidente de tránsito sucedido el día 14 de diciembre de 2015.

Al respecto nos permitimos indicarle lo siguiente:

Se evidencia que los servicios facturados ya fueron reclamados por ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE PEREIRA SAS en la cuenta 2 con número de factura 5444, lo cual nos indica que se trata de un doble cobro por los mismos servicios.

En consecuencia y con fundamento en las razones anteriormente expuestas, Seguros del Estado S. A., objeta la reclamación por usted presentada, por tratarse de un doble cobro.

Esta objeción la suscribe el Director Jurídico SOAT Siniestros, en virtud del poder otorgado por el Representante Legal de Seguros del Estado S.A., mediante Escritura Pública No. 6597 del 15 de diciembre de 2009 de la Notaría 13 de Bogotá D.C., debidamente registrada en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.

En caso de requerir información adicional para el caso objeto de su solicitud, debe dirigirla a la dependencia SOAT SINIESTROS ubicada en la Carrera 23 166 - 36 de la ciudad de Bogotá D.C., citando el número del siniestro y el número de la presente comunicación.

Atentamente,

JUAN MANUEL VARGAS OLARTE
Director Jurídico SOAT Siniestros

Lherrera



CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL RISARALDA

NIL.891.408.031-4
Teléfono 3152344 Fax 3245505
Cll 16 Cra 15 Esquina
Pereira
risaralda@cruzrojacolombiana.org

FACTURA VENTA **CRP** **173929**

Fecha: 10/06/2016 17:17 Estado de Pago: CREDITO Atención: Ambulatoria
Administradora: SEGUROS DEL ESTADO SA Contrato: SEGUROS DEL ESTADO SA Nit: 860009578-
Paciente: BLANCA ALICIA MARTINEZ Identif: CC 42081000 Edad: 52 a 6 m 13 d Num Hta: 42081000

Teléfono: 3122570026 Carné:
Tipo de afili: Cotizante/Afiliado Ingreso: 10/06/2016 17:17 Egreso: 10/06/2016 17:17
Nivel afili: UNICO Fech Egre Adm: Consecutivo Interno: 21607

Código	Autorización	Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Iva	Valor total
S31301		TRASLADO BASICO DE PACIENTES ATENCION PRIMARIA	1,00	214783,00	0,00	214783,00 €

Total Servicios	214.783,00	Comisiones	0,00
Copagos	0,00	Descuentos	0,00
C/Moderadora	0	Iva	0,00
Total Paciente	0,00	Saldo APB	214.783,00

Valor Paciente: CERO PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Saldo APB: DOSCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS MONEDA CORRIENTE C/00CVS.
Observaciones:

FIRMA PACIENTE

HUELLA

MAYRA ALEJANDRA ESCOBAR
RESPONSABLE FACTURACION



ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO. EXENTOS DE RETENCION EN LA FUENTE
IVA REGIMEN COMUN.

Resolucion de habilitacion DIAN No.160000125430 del 10/02/2016 Factura 162596 al 200000
Factura impresa en Computador atraves de INFORMATICA Y GESTION S.A nit 830.048.145-8

Fecha y hora de impresion

10/06/2016

05:17:59p.m.

rptFacPcteResumida.rpt

Página 1 de 1



Clasificación	Correspondencia General		
Fecha de radicación:	26 de julio de 2016	Número de radicado:	34348
Tipo de documento:	DIRECCIÓN OPERATIVA SALUD PUBLICA	Fecha de oficio entrante:	2016-07-26 10:00
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	JOSE ALBERTO ARAMENDIZ URIBE		
Descripción o asunto:	QUEJA FORMAL POR COBRO DE SERVICIOS DE SALUD NO PRESTADOS.	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	11-FOLIOS
Anexos digitales:			
Destino:	LUZ STELLA CARDONA - Obrero	Copia a:	-

