



En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 202 \_\_\_\_\_.

Director/a Ejecutivo/a

Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito

Presente. -

Yo, señor/a \_\_\_\_\_, con número de identificación \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_, por medio del presente, ingreso la carpeta de **gastos** por **movilización** de la víctima \_\_\_\_\_, para lo cual adjunto, lo siguiente:

| DOCUMENTOS HABILITANTES PARA LA SOLICITUD DEL PAGO DE LA PROTECCIÓN DE MOVILIZACIÓN<br>(ART. 79) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| No.                                                                                              | DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI | NO |
| 1                                                                                                | Formulario para justificar los gastos médicos, el cual deberá contener toda la información requerida, con la respectiva firma de responsabilidad.                                                                                                                                                  |    |    |
| 2                                                                                                | Certificado bancario del beneficiario o representante legal con vigencia máxima de 6 meses <i>(con restricciones sobre tipos de cuenta; y para extranjeras con los requisitos de conformidad al numeral 6 del art. 61 de la Norma Técnica del SPPAT)</i> .                                         |    |    |
| 3                                                                                                | Copia certificada del parte policial validado por autoridad competente <i>(y/o denuncia en FGE + informe técnico de reconocimiento de hechos)</i> .                                                                                                                                                |    |    |
| 4                                                                                                | Copia certificada de la Planilla de gastos de atenciones previas generadas por la atención médica o un certificado del mismo, con firma y sello de la o las instituciones de salud correspondientes (si el caso aplica)                                                                            |    |    |
| 5                                                                                                | Copia certificada del anexo 002, en el que conste la relación entre el siniestro de tránsito con la víctima, firmado y sellado por el profesional de la salud.                                                                                                                                     |    |    |
| 6                                                                                                | Copia certificada de la hoja de ruta de movilización de la ambulancia, con la firma y sello de responsabilidad correspondiente.                                                                                                                                                                    |    |    |
| 7                                                                                                | Facturas originales físicas o electrónicas de gastos médicos deberán ser emitidas a nombre del paciente, cuando sea emitida por terceras personas, esta deberá contener la identificación del paciente. Deben adjuntar el soporte de las mismas y el desglose unitario y detalle de los servicios. |    |    |

| OBSERVACIONES                            |
|------------------------------------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

NÚMERO DE HOJAS QUE INGRESAN:



| DATOS GENERALES PARA RECIBIR NOTIFICACIONES |  |
|---------------------------------------------|--|
| TELÉFONO FIJO:                              |  |
| TELÉFONO CELULAR:                           |  |
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA                      |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                         |  |

\* La veracidad de la documentación presentada, es de exclusiva responsabilidad del peticionario, conforme lo determinan los numerales 9 y 10 del artículo 3, y artículo 10 de la Ley Orgánica de Optimización y Simplificación de Trámites Administrativos. Cabe referir que, en caso de verificarse lo contrario, el trámite y resultado final de la gestión podrán ser negados y archivados, o los documentos emitidos carecerán de validez alguna, sin perjuicio de las sanciones y otros efectos jurídicos establecidos en la ley.

\*La recepción de los documentos no significa aprobación del pago del beneficio otorgado por el SPPAT, por cuanto la misma estará sujeta a un análisis conforme lo establecido en la normativa. De la misma manera, el SPPAT se reserva el derecho de solicitar documentación adicional u otros elementos de juicio necesarios, de conformidad con lo señalado en el penúltimo inciso del artículo 79 de la Norma Técnica del Servicio Público Para Pago De Accidentes De Tránsito, para corroborar la información presentada y garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos.

**\*Nota.** - Todo trámite en el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito – SPPAT, es **GRATUITO**, y no será necesaria la representación de un abogado ni la intervención de intermediarios.

El presente formulario, deberá ser presentado por el usuario, en la **oficina matriz**, ubicada en la ciudad de **Quito, Av. Juan León Mera N26—220 y Av. Orellana. Edificio MTOP, planta baja; y a nivel nacional en las siguientes direcciones:**

| CIUDAD        | DIRECCIÓN                                                                                                                                              |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESMERALDAS    | Edificio MTOP, Planta Baja, Av. Jaime Roldó Aguilera, vía a APE, junto a la SENAE (Sector EL Puerto)                                                   |
| IBARRA        | Av. Cristóbal de Troya 13-61 y Luis Felipe Lara junto a gasolinera Petroecuador. "Redondel de la madre".                                               |
| AMBATO        | Castillo y Bolívar esquina, Ex-Edificio de Correos del Ecuador, frente al Parque Juan Montalvo.                                                        |
| LATACUNGA     | Gabriela Mistral 44233 y Sánchez de Orellana, Barrio Loreto.                                                                                           |
| RIOBAMBA      | Reina Pacha y Princesa Cori, atrás del Estadio Olímpico de Riobamba.                                                                                   |
| PORTOVIEJO    | Centro de Atención Ciudadana (CAC) en Portoviejo, ubicado en la avenida 15 de Abril y Calle S/N.                                                       |
| SANTO DOMINGO | Av. Quito y Río Chimbo. Edificio MTOP, esq. Segundo Nivel                                                                                              |
| BABAHOYO      | Av. Enrique Ponce Luque, junto al colegio Ecomundo, Oficinas MTOP.                                                                                     |
| CUENCA        | Av. Huaynacapac y Pisarcapac, frente a Ruinas de Pumapungo, bajos MTOP.                                                                                |
| LOJA          | Calle Bernardo Valdivieso y 10 de Agosto, en el Edif. Miduvi, tercer piso.                                                                             |
| MACHALA       | Juan Montalvo entre Bolívar y Pichincha, Edificio MTOP, planta baja.                                                                                   |
| GUAYAQUIL     | Edificio «La Plata», ubicado en la ciudadela La Garzota, piso 1 oficina 105, en la avenida Guillermo Pareja Rolando, entre Rene Idrovo y Luis Mendoza. |

Firma del peticionario/a

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nro. de Trámite SPPAT: |  |
| Recibido por:          |  |
| Cargo:                 |  |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Fecha de recepción:          |  |
| Correo electrónico           |  |
| Firma de<br>responsabilidad: |  |