



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
 PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

Fecha Radicación:
 No. Radicado:
 RG:
 No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG):
 Nro Factura / Cuenta de cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:
 Código Habilitación: Nit:
 Dirección:
 Departamento: Cod. Teléfono:
 Municipio: Cod.

II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: 2do. Apellido:
 1er Nombre: 2do. Nombre:
 Tipo de Documento: No. Documento:
 Fecha de Nacimiento: Sexo:
 Dirección Residencia:
 Departamento: Cod. Teléfono:
 Municipio: Cod.
 Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

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

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Tránsito:
Naturales: Sismo: Maremoto: Erupciones Volcánicas: Huracán:
 Inundaciones: Avalancha: Deslizamiento de Tierra: Incendio Natural:
Terroristas: Explosión: Masacre: Mina Antipersonal: Combate:
 Incendio: Ataques a Municipios:
 Otros Cual?
 Dirección de la ocurrencia:
 Fecha Evento/Accidente: Hora:
 Departamento: Cod.
 Municipio: Cod. Zona:
 Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:
 Enuncie las principales características del evento / accidente:

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado No Asegurado Vehículo fantasma Póliza Falsa Vehículo en fuga
 Marca: Placa:
 Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehículo de emergencia Vehículo de servicio diplomático o consular
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar
 Nombre de la Aseguradora:
 No. de la Póliza: Intervención de autoridad: SI NO
 Vigencia Desde: Hasta: Cobro Excedente Póliza: SI NO

DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er Apellido o Razón Social: 2do. Apellido:
 1er Nombre: 2do. Nombre:
 Tipo de Documento: No. Documento:
 Dirección Residencia:
 Departamento: Cod. Teléfono:
 Municipio Residencia: Cod.



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE
EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido	2do. Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento CC CE PA TI RC AS	No. Documento <input type="text"/>
Dirección Residencia <input type="text"/>	
Departamento <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Municipio Residencia <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/>

V. DATOS DE REMISION

Fecha de Remisión	<input type="text"/>
Persona Remitida de	<input type="text"/>
Persona que remite	<input type="text"/> Cargo <input type="text"/>
Dirección IPS que remite <input type="text"/>	
Departamento IPS que remite	Cod. <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Municipio IPS que remite	Cod. <input type="text"/>
Fecha de Aceptación	<input type="text"/>
Persona Remitida a:	<input type="text"/>
Persona que recibe	<input type="text"/> Cargo <input type="text"/>
Dirección IPS que recibe <input type="text"/>	
Departamento IPS que recibe	Cod. <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Municipio IPS que recibe	Cod. <input type="text"/>

VI. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos de Vehículo Placa No.

Datos del Conductor que transporta la víctima

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido	2do. Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento CC CE PA	No. Documento <input type="text"/>
Transporto la víctima desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
Tipo de Transporte <input type="checkbox"/> Ambulancia Básica <input type="checkbox"/> Ambulancia Medicada	Lugar donde recoge la Víctima Zona <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R

VII. DATOS DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso	<input type="text"/>	a las	<input type="text"/>	Fecha de egreso	<input type="text"/>	a las	<input type="text"/>
Código Diagnóstico principal de Ingreso	<input type="text"/>	Código Diagnóstico principal de Egreso	<input type="text"/>				
Otro Código Diagnóstico de ingreso	<input type="text"/>	Otro código Diagnóstico principal de Egreso	<input type="text"/>				
Otro Código Diagnóstico de ingreso	<input type="text"/>	Otro código Diagnóstico principal de Egreso	<input type="text"/>				

VIII. DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido del Médico o Profesional tratante	2do. Apellido del Médico o Profesional tratante
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre del Médico o Profesional tratante	2do Nombre del Médico o Profesional tratante
Tipo Documento CC CE PA	No. Documento <input type="text"/>
Número de Registro Médico <input type="text"/>	<input type="text"/>

IX. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una " X " la casilla correspondiente al beneficio reclamado

Marque	VALOR TOTAL FACTURADO VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	<input type="text"/>
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	<input type="text"/>

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

X. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

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

NOMBRE _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO _____