REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha Radicación D D M M A A A A

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 VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido 2do. Apellido

1er Nombre 2do. Nombre

Tipo de Documento CC CE PA TI RC AS MS No. Documento

Fecha de Nacimiento D D M M A A A A Sexo F M

Dirección Residencia

Departamento Cod. Telefono

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 D D M M A A A A Hora H H M M

Departamento Cod.

Municipio Cod. Zona U R

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Transito

Enuncie las principales caracteristicas 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 D D M M A A A A Hasta D D M M A A A A Cobro Excedente Póliza SI NO

DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

1er Apellido o Razón Social 2do. Apellido

1er Nombre 2do. Nombre

Tipo de Documento CC CE PA NIT TI RC No. Documento

Dirección Residencia

Departamento Cod. Teléfono

Municipio Residencia Cod.

Total Folios

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.

PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

1er Apellido | 2do. Apellido

1er Nombre | 2do. Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS — No. Documento

Dirección Residencia

Departamento — Cod. — Teléfono

Municipio Residencia — Cod.

V. DATOS DE REMISION

Fecha de Remisión: D D M M A A A A

Persona Remitida de

Persona que remite — Cargo

Dirección IPS que remite

Departamento IPS que remite — Cod. — Teléfono

Municipio IPS que remite — Cod.

Fecha de Aceptación: D D M M A A A A

Persona Remitida a:

Persona que recibe — Cargo

Dirección IPS que recibe

Departamento IPS que recibe — Cod. — Teléfono

Municipio IPS que recibe — Cod.

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

1er Apellido | 2do. Apellido

1er Nombre | 2do. Nombre

Tipo de Documento: CC CE PA — No. Documento

Transporto la víctima desde — Hasta

Tipo de Transporte — Ambulancia Básica — Ambulancia Medicada — Lugar donde recoge la Victima — Zona: U R

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

Fecha de ingreso: D D M M A A A A a las H H M M — Fecha de egreso: D D M M A A A A a las H H M M

Código Diagnóstico principal de Ingreso — Código Diagnóstico principal de Egreso

Otro Código Diagnóstico de ingreso — Otro código Diagnóstico principal de Egreso

Otro Código Diagnóstico de ingreso — Otro código Diagnóstico principal de Egreso

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

1er Apellido del Médico o Profesional tratante | 2do. Apellido del Médico o Profesional tratante

1er Nombre del Médico o Profesional tratante | 2do Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento: CC CE PA — No. Documento

Número de Registro Médico

IX. AMPAROS QUE RECLAMA

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

	Marque	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS			
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA			

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.

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

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaró bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO