PARTE A

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha Radicación D D M M A A A A RG No. Radicado

(Respuesta a glosa, marcar X en RG) Nro Factura/ Cuenta de cobro

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social

Código Habilitación: Nit

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido 2do. Apellido

1er Nombre 2do. Nombre

Tipo de Documento CC CE PA TI RC AS MS CD 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 OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del evento

Accidente de tránsito

Naturales: Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas Huracán

Inundaciones Avalancha Deslizamiento de Tierra Incendio Natural

Rayo Vendaval Tornado

Terroristas : Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate

Incendio Ataques a Municipios

Otro 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 DE ACCIDENTE DE TRANSITO

Asegurado No Asegurado Vehículo fantasma Póliza Falsa Vehiculo en fuga

Marca Placa:

Tipo de Servicio: Particular Público Oficial Vehiculo de emergencia Vehiculo de servicio diplomatico o consular

Vehiculo de transporte masivo Vehiculo escolar

Código 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

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er Apellido o Razón Social 2do. Apellido

1er Nombre 2do. Nombre

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

Dirección Residencia

Departamento Cod. Teléfono

Municipio Residencia Cod.

Total Folios

PARTE B

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido | 2do. Apellido

1er Nombre | 2do. Nombre

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

Dirección Residencia

Departamento — Cod. — Teléfono

Municipio Residencia — Cod.

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia: Remisión — Orden de Servicio

Fecha remisión: D D M M A A A A a las H H M M

Prestador que remite

Código de inscripción:

Profesional que remite: — Cargo:

Fecha aceptación: D D M M A A A A a las H H M M

Prestador que recibe:

Código de inscripción:

Profesional que recibe: — Cargo:

VIII. 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.

Transporto la víctima desde — Hasta

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

IX. CERTIFICADO DE LA ATENCION 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 principal de Ingreso — Otro código Diagnóstico principal de Egreso

Otro código Diagnóstico principal de Ingreso — Otro código Diagnóstico principal de Egreso

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

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

Tipo Documento: CC CE PA — Número Documento :

Número de registro médico:

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor total facturado	Valor reclamado al FOSYGA
Gastos medicos qururgicos		
Gastos de transporte y movilización de la víctima		

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

XI. 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 gavedad de juramento que toda la información contenidad en este formulario es cierta y podrá se verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administracion de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloria General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE