



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 VÍCTIMAS
 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha Radicación 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 No. Documento
 Fecha de Nacimiento Sexo
 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 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 DE ACCIDENTE DE TRANSITO

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
 Código de la aseguradora
 No. de la Póliza Intervención de autoridad SI NO
 Vigencia Desde Hasta 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 No. Documento
 Dirección Residencia
 Departamento Cod. Teléfono
 Municipio Residencia Cod.



**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

| | |
|--|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1er Apellido | 2do. Apellido |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1er Nombre | 2do. Nombre |
| Tipo de Documento <input type="text"/> CC CE PA TI RC AS CD | 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"/> |

VII. DATOS DE REMISION

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Tipo Referencia: | Remisión <input type="checkbox"/> | Orden de Servicio <input type="checkbox"/> |
| Fecha remisión | <input type="text"/> D D M M A A A A a las <input type="text"/> H H M M | |
| Prestador que remite | <input type="text"/> | |
| Código de inscripción: | <input type="text"/> | |
| Profesional que remite: | <input type="text"/> | Cargo: <input type="text"/> |
| Fecha aceptación | <input type="text"/> D D M M A A A A a las <input type="text"/> H H M M | |
| Prestador que recibe: | <input type="text"/> | |
| Código de inscripción: | <input type="text"/> | |
| Profesional que recibe: | <input type="text"/> | Cargo: <input type="text"/> |

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 Víctima Zona U R

IX. CERTIFICADO DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

| | |
|--|---|
| Fecha de ingreso <input type="text"/> D D M M A A A A a las <input type="text"/> H H M M | Fecha de egreso <input type="text"/> D D M M A A A A a las <input type="text"/> H H M M |
| Código Diagnóstico principal de Ingreso <input type="text"/> | Código Diagnóstico principal de Egreso <input type="text"/> |
| Otro código Diagnóstico principal de Ingreso <input type="text"/> | Otro código Diagnóstico principal de Egreso <input type="text"/> |
| Otro código Diagnóstico principal de Ingreso <input type="text"/> | Otro código Diagnóstico principal de Egreso <input type="text"/> |
| <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 <input type="text"/> CC CE PA | Número Documento : <input type="text"/> |
| | Número de registro médico: <input type="text"/> |

X. AMPAROS QUE RECLAMA

| | Valor total facturado | Valor reclamado al FOSYGA |
|---|-----------------------|---------------------------|
| Gastos medicos quirurgicos | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gastos de transporte y movilización de la víctima | <input type="text"/> | <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, 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, declaro bajo la gavedad de juramento que toda la información contenida 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 Contraloría 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