



**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 DE**  
**EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.**  
**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS**

Fecha Radicación:  RG:  No. Radicado:  No. Radicación Anterior (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 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.:  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   
 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 PROTECCIÓN SOCIAL**  
**FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS**  
**PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS**

**VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO 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 <input type="checkbox"/>	Orden de Servicio <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Ambulancia Medicada <input type="checkbox"/>
Lugar donde recoge la Víctima	Zona	U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>

**IX. CERTIFICADO 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 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 Médico 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 quirurgicos		
Gastos de transporte y movilización de la víctima		

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 gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración 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 Contratoría 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