



REPUBLICA DE COLOMBIA

Resolución 01915 28 MAY 2008

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SUMINISTRO DE PROTESIS A VÍCTIMAS DE EVENTOS TERRORISTAS.

SUMINISTRO DE PROTESIS - FURPRO

Fecha Radicación

D D M M A A A A

No. Radicado

[Green box]

RG

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

[Empty box]

Nro Factura / Cuenta de cobro

[Empty box]

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social, Código Inscripción, Dirección, Departamento, Municipio, Nit, Cod., Teléfono

II. DATOS DE LA VÍCTIMA

1er Apellido, 2do. Apellido, 1er Nombre, 2do. Nombre, Tipo de Documento, No. Documento, Fecha de Nacimiento, Sexo, Dirección Residencia, Departamento, Municipio, Condición de Afiliación al SGSSS, Régimen Contributivo, Nombre de la Entidad a la que está afiliado

III. DATOS DEL EVENTO

Naturaleza del Evento: Explosión, Masacre, Mina Antipersonal, Combate, Incendio, Ataques a Municipios, Otros, Dirección de la ocurrencia, Fecha Evento, Departamento, Municipio, Descripción Breve del Evento

IV. DATOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y SERVICIOS RECLAMADOS

Código Diagnóstico principal, Código Diagnóstico asociado 1-4, Marque con una " X " la casilla correspondiente al beneficio reclamado, Concepto Reclamado, Valor Reclamado, Protesis, Adaptación de Protesis, Rehabilitación, TOTAL

V. DECLARACIONES DE LA INSTITUCIÓN 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 este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO