



REPUBLICA DE COLOMBIA Resolución 01915 28 MAY 2008
 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
 PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

Fecha Radicación:
 RG: No. Radicado:
 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:

II. DATOS DE LA VÍCTIMA 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
 Terroristas: Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
 Incendio Ataques a Municipios
 Otros Cual?
 Dirección de la ocurrencia:
 Fecha Evento/Accidente: Hora:
 Departamento: Cod.:
 Municipio: Cod.: Zona:
 Descripción Breve del Evento Catastráfico o Accidente de Transito:
 Enuncie las principales características 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
 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 LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

Resolución 01915 28 MAY 2008

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

<input style="width: 95%;" type="text"/> 1er Apellido	<input style="width: 95%;" type="text"/> 2do. Apellido
<input style="width: 95%;" type="text"/> 1er Nombre	<input style="width: 95%;" type="text"/> 2do. Nombre
Tipo de Documento: CC CE PA TI RC AS	No. Documento: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Dirección Residencia: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Departamento: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cod.: <input style="width: 20px;" type="text"/>
Municipio Residencia: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Teléfono: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Cod.: <input style="width: 20px;" type="text"/>	

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia: Remisión <input type="checkbox"/> Orden de Servicio <input type="checkbox"/>	
Fecha de Remisión: D D M M A A A A a las H H M M	
Prestador que remite: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Código de Inscripción: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Profesional que remite: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cargo: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha de Aceptación: D D M M A A A A a las H H M M	
Prestador que Recibe: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Código de Inscripción: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Profesional que recibe: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cargo: <input style="width: 100%;" 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) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS.

Datos de Vehículo: Placa No. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Transporte la víctima desde: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Hasta: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Tipo de Transporte: Ambulancia Básica <input type="checkbox"/> Ambulancia Medicalizada <input type="checkbox"/>	Lugar donde recoge la Víctima: Zona U R

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA 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: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Código Diagnóstico principal de Egreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Otro Código Diagnóstico de ingreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Otro código Diagnóstico principal de Egreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Otro Código Diagnóstico de ingreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Otro código Diagnóstico principal de Egreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>
1er Apellido del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>	2do. Apellido del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>
1er Nombre del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>	2do Nombre del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Tipo Documento: CC CE PA	No. Documento: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Número de Registro Médico: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	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 descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.

XI. DECLARACION 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 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 _____