

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA 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  
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS



**VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO**

Apellido: CARVAJAL 2do. Apellido: CUTIVA  
Nombre: ADRIANA 2do. Nombre: ARIANA  
Tipo de documento: CC ☒ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐  
No. Documento: 67.031.001  
Departamento: IV - BOGOTÁ - D.C. Teléfono: 3212082316  
Cód.  Municipio  Cód.

**VII. DATOS DE REMISIÓN**

Fecha de remisión:   
Persona remitida de:  A las:   
Persona que remite:   
Dirección IPS que remite:  Cargo:   
Departamento:  Teléfono IPS que remite:   
Cód.  Municipio  Cód.   
Fecha de aceptación:   
Persona remitida a:   
Persona que recibe:   
Dirección IPS que recibe:  Cargo:   
Departamento:  Teléfono IPS que recibe:   
Cód.  Municipio  Cód.

**VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA**

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS

Datos del vehículo: Placa No.   
Transporto la víctima desde:  Hasta:   
Tipo de transporte: Ambulancia Básica ☐ Ambulancia Medicalizada ☐ Zona donde recoge la víctima: Urbana ☐ Rural ☐

**IX. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO**

Fecha de ingreso: 19 de agosto de 2020 A las 13:48 Fecha de egreso: 19 de agosto de 2020 A las 17:58  
Código diagnóstico principal de ingreso: S400 Código diagnóstico principal de egreso: S400  
Otro código diagnóstico de ingreso: S500 Otro código diagnóstico de egreso: S500  
Otro código diagnóstico de ingreso: S602 Otro código diagnóstico de egreso: S602

Profesional tratante:  
1er. Apellido: RODRIGUEZ 2do. Apellido: RODRIGUEZ  
1er. Nombre: ANTONIO 2do. Nombre:   
Tipo de documento: CC ☒ CE ☐ PA ☐  
No. Documento: 750.654  
No. De Registro médico: 750654

**X. AMPAROS QUE RECLAMA**

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MÉDICO - QUIRÚRGICOS		
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA		

**XI. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN 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.

ALVARO IGNACIO ROMERO VELANDIA

Firma del representante legal, gerente o su delegado

REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA 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  
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS



Fecha de radicación

No. Radicado anterior  
(solicite glosa marcar RG)

No. de Radicado

RG

No. de Factura / Cuenta de  
cobro

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón social

MEDICENTRO FAMILIAR IPS

Código de habilitación

110012156401

NIT

990.385.628 - 1

Dirección

CALLE 20 No. 98 - 62 / 72

Teléfono

2 67 30 50

Departamento

BOGOTÁ

Cód

11

Municipio

BOGOTÁ, D.C.

Cód

001

II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er. Apellido

CARVAJAL

2do. Apellido

CUTIVA

1er. Nombre

ADRIANA

2do. Nombre

ANIMENA

Tipo de documento

CC

☒ X

CE

☐

PA

☐

TI

☐

RC

☐

AS

☐

MS

☐

No Documento

67.031.001

Fecha de nacimiento

29 de mayo de 1985

Sexo

F

☒ X

M

☐

Dirección

TV 71D # 4 - 03

Teléfono

3212082316

Departamento

BOGOTÁ

Cód

11

Municipio

BOGOTÁ, D.C.

Cód

001

Condición del accidentado

☒ X

Conductor

☐

Peatón

☐

Ocupante

☐

Ciclista

☐

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del evento

Accidente de transito

☒ X

Naturales

Erupciones volcánicas

☐

Maremoto

☐

Sismo

☐

Huracán

☐

Terrorista

Deslizamiento de tierra

☐

Inundaciones

☐

Avalancha

☐

Incendio natural

☐

Explosión

☐

Masacre

☐

Mina antipersonal

☐

Combate

☐

Ataque a municipios

☐

Incendio

☐

Otro

☐

Cual?

CALLE 17 CON 13° A

Dirección de la ocurrencia

Fecha del evento

19 de agosto de 2020

Hora

13:58

Zona urbana

☒ X

Zona rural

☐

Departamento

BOGOTÁ

Cód

11

Municipio

BOGOTÁ, D.C.

Cód

001

Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito

PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA LA CUAL ES ARROLLADA POR UN VEHICULO TIPO CAMION, CAUSANDOLE MULTIPLES LESIONES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de aseguramiento

Asegurado

☒ X

No asegurado

☐

Vehículo fantasma

☐

Póliza falsa

☐

Vehículo en fuga

☐

Marca

HONDA

Placa

MW132A

Tipo de servicio

Particular

☒ X

Público

☐

Oficial

☐

Vehículo de emergencia

☐

Vehículo escolar

☐

Vehículo de transporte masivo

☐

Vehículo diplomático o consular

☐

Nombre de la aseguradora

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Código aseguradora

AT1329

Número de la póliza

13622800033550

Intervención de la autoridad

Si

☐

No

☐

Vigencia desde

6 de febrero de 2020

Hasta

5 de febrero de 2021

Cobro excedente póliza

Si

☐

No

☐

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er. Apellido

PEREZ

2do. Apellido

CERQUERA

1er. Nombre

LUIS

2do. Nombre

FERNANDA

Tipo de documento

CC

☒ X

CE

☐

PA

☐

TI

☐

RC

☐

NIT

☐

AS

☐

No. Documento

26.593.689

Dirección

CRA 7 # 4 - 25

Teléfono

8720454

Departamento

BOGOTÁ

Cód

11

Municipio

BOGOTÁ, D.C.

Cód

001