



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 TRÁNSITO.
 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha de Radicación
 No. Radicación Anterior
 (Respuesta a glosa, marcar X en RG)

RG No. Radicado

Nro. Factura/Cuenta de cobro FE168129

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social
 Código Habilitación

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA
 050420547801 Nit 8909822641

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

VANEGAS

BLANDON

JUAN

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

JOSE

2do Nombre

Tipo de Documento

CC _ CE _ PA _ TI X RC _ AS _ MS _ CD _ PE _ No. Documento 1033654026

Fecha de Nacimiento

01/04/2012

Sexo

F _ M X

Dirección Residencia

CALLE 50 A N 55 A 92

Departamento

ANTIOQUIA

Cod. 05

Teléfono 3215883597

Municipio

BOLIVAR

Cod. 101

Condición del Accidentado:

Conductor

Peatón

X Ocupante

Ciclista

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Tránsito. X

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

Otros Cual:

Dirección de la ocurrencia VIA SANTA FE ANZA SECTOR LOS CEDROS

Fecha Evento/Accidente 18/11/2021 Hora 18:00

Departamento ANTIOQUIA

Cod. 05

Municipio SANTA FE DE ANTIOQUIA

Cod. 042

Zona U _ R X

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las principales características del evento / accidente: EN CALIDAD DE PASAJERO DE VEHICULO DE PLACA TAF221 SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO CUANDO OTRO VEHICULO LE APORREA EL CODO Y SUFRE LESIONES

IV. DATOS DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Asegurado X

No Asegurado

Vehículo fantasma

Póliza falsa

Vehículo en fuga

Marca FORD

Placa TAF221

Tipo de Servicio

Particular

Público X

Oficial

Vehículo de Emergencia

Vehículo de servicio diplomático o consular

Vehículo de transporte masivo

Vehículo escolar

Código de la Aseguradora AT1317

No. de la Póliza 82193494

Intervención de Autoridad SI NO X

Vigencia Desde 04/11/2021

Hasta 03/11/2022

Cobro Excedente Póliza SI NO X

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

ANGEL

RESTREPO

1er Apellido o Razón Social

2do Apellido

OFELIA

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de Documento CC X CE _ PA _ NIT _ TI _ RC _ CD _ No. Documento 21574480

Dirección Residencia CALLE 50 N 54-43

Departamento ANTIOQUIA

Cod. 05

Teléfono 3136348966

Municipio Residencia BOLIVAR

Cod. 101

Total Folios



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
 DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS.
 PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

VELASQUEZ MENDEZ
 1er Apellido 2do Apellido
 JORGE ALBERTO
 1er Nombre 2do Nombre
 Tipo de Documento CC CE PA TI RC AS CD No. Documento 70810628
 Dirección Residencia CALLE 50 N 54-43
 Departamento ANTIOQUIA Cod. 05 Teléfono 3136348966
 Municipio Residencia BOLIVAR Cod. 101

VII. DATOS DE REMISIÓN

Tipo Referencia: Remisión _____ Orden de Servicio _____
 Fecha Remisión _____ a las _____
 Prestador que Remite _____
 Código de Inscripción _____
 Profesional que remite LUIS ENRIQUE BOLIVAR CUELLAR Cargo Médico Especialista
 Fecha Aceptación _____ a las _____
 Prestador que Recibe _____
 Código de Inscripción _____
 Profesional que recibe _____ Cargo _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario).

Datos del Vehículo Placa No. _____
 Transportó la víctima desde _____ Hasta _____
 Tipo de Transporte Ambulancia Básica Ambulancia Medicada Lugar donde recoge la Víctima Zona U R

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

Fecha de Ingreso 18/11/2021 a las 18:30 Fecha de Egreso 19/11/2021 a las 10:14
 Código Diagnóstico Principal de Ingreso S510 Código Diagnóstico principal de Egreso S524
 Otro Código Diagnóstico Principal de Ingreso S524 Otro Código Diagnóstico principal de Egreso _____
 Otro Código Diagnóstico Principal de Ingreso S531 Otro Código Diagnóstico principal de Egreso _____
 BOLIVAR CUELLAR
 1er Apellido del Médico o Profesional tratante 2do Apellido del Médico o Profesional tratante
 LUIS ENRIQUE
 1er Nombre del Médico o Profesional tratante 2do Nombre del Médico o Profesional tratante
 Tipo Documento CC CE PA No. Documento 80135348 Número de Registro Médico 80135348

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	2,318,655.00	0.00
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA	1,819,800.00	0.00

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 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 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 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.

CLAUDIA MARIA CALDERON RUEDA
 NOMBRE

Claudia María Calderón Rueda

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE