



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

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

CHAPAL	TORRES
1er Apellido	2do. Apellido
EDITH	VIVIANA
1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT	No.Documento 1 0 8 5 3 2 6 6 1 6
Dirección Residencia V E R E D A C H A R G U A Y A C O C A S A	2 3
Departamento N A R I Ñ O	Cod. 5 2 Telefono 3 1 6 4 7 2 5 0 0 0
Municipio N A R I Ñ O	Cod. 4 8 0

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia:	Remisión: <input type="checkbox"/>	Orden de Servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión		a las
Prestador que remite		
Código de Inscripción		
Profesional que remite	Cargo	
Fecha de Aceptación		a las
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) y cuando se realiza en ambulancias de la misma IPS.

Datos de Vehículo	Placa No.	
Transportó la víctima desde		Hasta
Tipo de Transporte	Ambulancia Básica <input type="checkbox"/>	Ambulancia Medicalizada <input type="checkbox"/>
Lugar donde recoge la Víctima	Zona	U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso	1 3 0 6 2 0 2 2	a las	1 9 4 8	Fecha de Egreso	1 4 0 6 2 0 2 2	a las	0 7 1 1
Código Diagnóstico principal de ingreso	S 9 2 9	Código Diagnóstico principal de Egreso	S 9 2 9				
Otro Código Diagnóstico de ingreso		Otro Código Diagnóstico de Egreso					
Otro Código Diagnóstico de ingreso		Otro Código Diagnóstico de Egreso					

TOBAR	VILLAREAL
1er Apellido del Médico o Profesional tratante	2do. Apellido del Médico o Profesional tratante
JOSUE	RIVELINO
1er Nombre del Médico o Profesional tratante	2do. Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo de Documento <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA	No.Documento 1 0 8 5 2 5 9 9 0 5
	Número de Registro Médico 7 1 8 3 2

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	501.140	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA	0	0

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 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, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

YODMAN ALEXANDER MONTOYA PULIDO

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO