



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 _____ RG No. Radicado _____
 No. Radicación Anterior _____ 20200504 Nro. Factura/Cuenta de cobro _____ 7804420
 (Respuesta a glosa, marcar X en RG)

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
 Código Habilitación 110010911101 Nit 8600359922

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

APARICIO _____ APARICIO _____
 1er Apellido _____ 2do Apellido _____
 TERESA _____ DE JESUS _____
 1er Nombre _____ 2do Nombre _____
 Tipo de Documento CC CE ___ PA ___ TI ___ RC ___ AS ___ MS ___ CD ___ PE ___ No. Documento 51935414
 Fecha de Nacimiento 27/08/1969 Sexo F M ___
 Dirección Residencia CALLE 181C N 13 64
 Departamento BOGOTA Cod. 11 Teléfono 3202683757
 Municipio BOGOTA Cod. 001
 Condición del Accidentado: ___ Conductor ___ Peatón Ocupante ___ Ciclista

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

Naturaleza del Evento:
 Accidente de Tránsito.
 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 CR 7 CON CALLE 170
 Fecha Evento/Accidente 28/08/2019 Hora 11:19
 Departamento BOGOTA Cod. 11
 Municipio BOGOTA Cod. 001 Zona U R ___

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito
 Enuncie las principales características del evento / accidente: OCUPANTE DE TRANSPORTE PUBLICO SITP QUE EN VIA PUBLICA COJIO UN HUECO EL CUAL ESTABA EN LA SILLA Y ESTA SALTA CAYENDO SENTADA OCACIONANDOSE TRAUMA Y DOLOR EN LA COLUMNA

IV. DATOS DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

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 VEHÍCULO

1er Apellido o Razón Social _____ 2do Apellido _____
 1er Nombre _____ 2do Nombre _____
 Tipo de Documento CC ___ CE ___ PA ___ NIT ___ TI ___ RC ___ CD ___ PE ___ No. Documento _____
 Dirección Residencia _____
 Departamento _____ Cod. _____ Teléfono _____
 Municipio Residencia _____ Cod. _____

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 JURÍDICAS - FURIPS

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

1er Apellido _____ 2do Apellido _____
 1er Nombre _____ 2do Nombre _____
 Tipo de Documento CC CE PA TI RC AS CD No. Documento _____
 Dirección Residencia _____
 Departamento _____ Cod. _____ Teléfono _____
 Municipio Residencia _____ Cod. _____

VII. DATOS DE REMISIÓN

Tipo Referencia: Remisión _____ Orden de Servicio _____
 Fecha Remisión _____ a las _____
 Prestador que Remite _____
 Código de Inscripción _____
 Profesional que remite REFERENCIA LUISA FERNANDA CORREDOR O. Cargo ENFERMERA
 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 Victima Zona U R _____

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

Fecha de Ingreso 28/08/2019 a las 11:19	Fecha de Egreso 05/09/2019 a las 12:50
Código Diagnóstico Principal de Ingreso S300	Código Diagnóstico principal de Egreso S320
Otro Código Diagnóstico Principal de Ingreso _____	Otro Código Diagnóstico principal de Egreso S220
Otro Código Diagnóstico Principal de Ingreso _____	Otro Código Diagnóstico principal de Egreso S300

ARISTIZABAL MAYA

1er Apellido del Médico o Profesional tratante JORGE 2do Apellido del Médico o Profesional tratante HUMBERTO

1er Nombre del Médico o Profesional tratante _____ 2do Nombre del Médico o Profesional tratante _____

Tipo Documento CC CE PA No. Documento 10256646 Número de Registro Médico 10256646

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	14,537,031.00	14,537,031.00
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA	0.00	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, 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 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.

LILIAN HIDALGO
 NOMBRE

 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE