

ADRES



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CHISS)

PERSONAS NATURALES - FURPEN

PARTES A

Fecha de radicación:

No. Radicación anterior:

No. Radicación:

Espacio para colocar el sticker de radicación

I. DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA RECLAMACIÓN

Moncaleano

1er Apellido

Ballesteros

2do Apellido

Jaircinho

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de documento:

☒ CE ☐ PA ☐ PE ☐ PT

No. de documento:

 9333431

Dirección Domicilio:

Carrera 25 # 49-65

Correo Electrónico:

Jadir29-08@hotmail.com

Departamento:

Quindío

Municipio:

Armenia

Cuenta bancaria

85100049916

Teléfono:

Celular:

3183354958

Banco

Bancolombia

Tipo de cuenta

Ahorros

Parentesco o relación con la víctima:

☐ Padres

☐ Cónyuge

☐ Compañero (a) permanente

☐ Hijos

☐ Hermanos

☐ Representante Legal

II. DATOS DEL APODERADO (ABOGADO CON PODER PARA TRAMITAR LA RECLAMACIÓN)

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de documento:

☐ CC ☐ CE

No. de documento:

Dirección:

Correo Electrónico:

Departamento:

Municipio:

Teléfono:

Tarjeta Profesional

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

Moncaleano

1er Apellido

Ballesteros

2do Apellido

Jaircinho

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de documento:

☒ CE ☐ CD ☐ PA ☐ SC ☐ PE ☐ RC ☐ TI ☐ CN ☐ DE

Fecha de nacimiento:

29/08/1985

No. de documento:

 9333431

Sexo:

☒
☐ F

☐ O

Dirección domicilio:

Carrera 25 # 49-65

Departamento:

Quindío

Municipio:

Armenia

Zona:

☒ R

Condición del accidentado:

☒ Conductor

☐ Peatón

☐ Ocupante

☐ Ciclista

Teléfono:

Fecha en caso muerte:

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de tránsito

☒

Naturales:

Sismo

☐

Maremoto

☐

Erupciones volcánicas

☐

Huracán

☐

Inundaciones

☐

Tornado

☐

Avalancha

☐

Deslizamiento de tierra

☐

Incendio natural

☐

Rayo

☐

Vendaval

☐

Terroristas:

Explosión

☐

Masacre

☐

Mina antipersonal

☐

Incendio

☐

Ataque a municipios

☐

Combate

☐

Otros:

☐

Cuál:

Dirección de la ocurrencia:

Calle 14 entre 19 y 20

Fecha evento/accidente:

21/06/2023

Hora:

07:30

Departamento:

Valle del Cauca

Municipio:

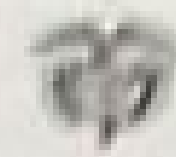
Cartago

Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito

Enuncie las principales características del evento / accidente:

Iba conduciendo mi moto y una señora sin prestarse paso la calle provocando que yo perdiera el control de mi moto y cayera.

ADRES



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFOS NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CAJES)
PERSONAS NATURALES - FURPEN

PART 2

V. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado ☒ No asegurado ☐ Valiente fantasma ☐ Póliza falsa ☐

Marca: SOZUKI Placa: 21N113E

Tipo de servicio: ☐ Automóvil ☐ Bus ☐ Bueta ☐ Camión ☐ Camioneta ☐ Campero ☐ Microbus ☐ Transportación
☒ Motocicleta ☐ Motocarro ☐ Motociclito ☐ Cuatrimoto ☐ Moto extranjera ☐ Vehículo extranjero

Nombre de la aseguradora: Liberty Seguros

Número de la póliza: 793730600 Intervención de autoridad ☒ ☐

Vigencia desde: 11/08/2022 hasta: 10/08/2023

VI. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Moncaleano Ballesteros
1er Apellido 1do Apellido

Jaircinho
1er Nombre 1do Nombre

Tipo de documento: ☒ CE ☐ PA ☐ NIT ☐ TI ☐ PE ☐ PI No. de documento: 9773431

Dirección residencia: Camera 25 # 49-65

Departamento: Quindío Teléfono 6 celular: 3183354958

Municipio: Armenia

VII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

Moncaleano Ballesteros
1er Apellido 1do Apellido

Jaircinho
1er Nombre 1do Nombre

Tipo de documento: ☒ CE ☐ PA ☐ RC ☐ TI ☐ PE ☐ PT ☐ SC ☐ CD ☐ DE ☐ SI No. de documento: 9773431

Dirección residencia: Camera 25 # 49-65

Departamento: Quindío Teléfono 6 celular: 3183354958

Municipio: Armenia

VIII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al beneficio reclamado:

Concepto reclamado	X	Valor reclamado
Indemnización por muerte y Gastos Funerarios	☐	
Incapacidad permanente	☒	

IX. DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo, Jaircinho Moncaleano identificado con la cédula de ciudadanía No. 9773431 de Armenia, declaro bajo la gravedad de juramento que la información contenida en este documento es cierta y podrá ser verificada por la ADRES o quien haga sus veces, 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 y autorizo expresamente al médico o entidad Hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Así mismo, autorizo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para que me notifique el resultado de auditoría y demás actos que se emitan durante el presente trámite al correo electrónico o dirección de domicilio del campo I diligenciado en el FURPEN, conforme lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).

Jaircinho Moncaleano
Firma del reclamante

Impresión dactilar



Total folios: