



REPUBLICA DE COLOMBIA RESOLUCIÓN 01915 28 MAY 2008

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

Recibido: 1016056
Aseguradora Solidaria de Colombia-SOAT 20/04/2023
Contenido sujeto a verificación

Fecha Radicación

RG

No Radicado

No Radicado anterior(Respuesta a glosa, marcar X en RG)

No Factura/Cuenta cobro: FS241246

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: FABILU S.A.S

Código Habilitación: 760010807701

Nit: 9002427421

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

Primer Apellido: GONZALIAZ

Segundo Apellido: NAZARIT

Primer Nombre: MONICA

Segundo Nombre:

Tipo de Documento: CC

No Documento: 34616313

Fecha de Nacimiento: 28/11/1984

Sexo: F

Dirección Residencia: CALLE 41A 44A 32

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 76

Telefono: 3165787906

Municipio: CALI

Cod: 001

Condición del Accidentado:

[] Peaton [] Ciclista [] Ocupante [X] Conductor

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

Naturaleza del evento:

Naturales:	Sismo	Accidente de transito [X]	Maremoto	Erupciones volcanicas	Huracán
	Inundaciones	Avalancha	Deslizamiento de tierra	Incendio Natural	
Terroristas:	Explosión	Masacre	Mina antipersonal	Combate	
	Incendios	Ataques a municipios			

Dirección de la ocurrencia: CALLE 36 CON CARRERA 46

Fecha Evento/Accidente: 05/01/2023

Hora: 07:59:00

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 76

Municipio: CALI

Cod: 001

Zona: U [X] R []

Descripción breve del Evento catastrófico o Accidente de Transito Enuncie las principales características del evento / accidente:

CONDUCTOR DE VEHÍCULO SUFRE ACCIDENTE DE TRÁNSITO AL COLISIONAR CON OBJETO FIJO EN LA VÍA PÚBLICA OCASIONÁNDOLE LESIONES

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento:	Asegurado [X]	No Asegurado	V. Fantasma	Poliza falsa	Vehiculo en fuga
Marca: MAZDA		Placa: CMN874			
Tipo de servicio:	Particular [X]	Publico	Oficial	Vehiculo de emergencia	
	Vehiculo de servicio diplomático o consular	Vehiculo de transporte masivo		Vehiculo escolar	
Código de la aseguradora:	AT1502				
Nro. de la Poliza: 70000004835		Intervención de la autoridad: SI		NO [X]	
Vigencia	Desde:	06/09/2022	Hasta:	05/09/2023	Cobro Excedente: SI [] NO [X]

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

Primer Apellido: GALLEGO	Segundo Apellido: GUTIERREZ
Primer Nombre: CRISTIAN	Segundo Nombre: M
Tipo documento: CC	Nro. Documento: 94063562
Dirección Residencia: CALLE 41A 44A 32	
Departamento: VALLE DEL CAUCA	Cod: 76
Municipio Residencia: CALI	Cod: 001
	Telefono: 3165787906

Total Folios: 0 0 1

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

Primer Apellido: GONZALIAZ

Segundo Apellido: NAZARIT

Primer Nombre: MONICA

Segundo Nombre:

Tipo documento: CC

Nro. Documento: 34616313

Dirección Residencia: CALLE 41A 44A 32

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Cod: 76

Teléfono: 3165787906

Municipio Residencia: CALI

Cod: 001



Aseguradora Solidaria

de Colombia

¡Siempre junto a ti!

Recibido: 1016056

Aseguradora Solidaria de Colombia-SOAT 20/04/2023

Contenido sujeto a verificación

VII. DATOS DE REMISIÓN

Tipo Referencia: Remisión[] Orden de Servicio []

Fecha Remisión: a las

Prestador que remite:

Código Inscripción:

Profesional que remite:

Cargo:

Fecha de Aceptación:

a las

Prestador que Recibe:

Código Inscripción:

Profesional que recibe :

Cargo:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo:

Placa No:

Transporto la victima desde:

Hasta:

Tipo de transporte:

Lugar donde recoge la victima: Zona:

R [] U []

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

Fecha ingreso: 05012023 a las 09:24

Fecha Egreso: 05012023 a las 14:27

Código de diagnostico principal de ingreso: S400

Código de diagnostico principal de Egreso: S400

Otro código de diagnostico de ingreso: S900

Otro código de diagnostico principal de Egreso: S801

Otro código de diagnostico de ingreso: S801

Otro código de diagnostico principal de Egreso: S900

CASTILLO

VILLA

1er Apellido del Médico o Profesional tratante

2do Apellido del Médico o Profesional tratante

KAREN

JOHANA

1er Nombre del Médico o Profesional tratante

2do Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo documento: CC

No. documento: 1143980417

Número de registro médico: 1143980417

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	90.806	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	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 numero 2.		

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 de Financiamiento del Ministerio de Protección Social, por el Administrador Fiduciario 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 las consecuencias legales que produzca esta situación.

FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES

NOMBRE

FAVIAN ALEJANDRO CORDON TORRES

REPRESENTANTE LEGAL