



**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**

Fecha Radicación:  D  D  M  M  A  A  A  A  RG  No. Radicado:   
 No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG):  Nro Factura / Cuenta de cobro:

**I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Razón Social:   
 Código Habilitación:  Nit:

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

1er Apellido:  2do. Apellido:   
 1er Nombre:  2do. Nombre:   
 Tipo de Documento:  CC  CE  PA  TI  RC  AS  MS No. Documento:   
 Fecha de Nacimiento:  D  D  M  M  A  A  A  A Sexo:  F  M  
 Dirección Residencia:   
 Departamento:  Cod.  Telefono:   
 Municipio:  Cod.   
 Condición del Accidentado:  Conductor  Peatón  Ocupante  Ciclista

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

Naturaleza del Evento:  
 Accidente de Tránsito   
 Naturales: Sismo  Maremoto  Erupciones Volcánicas  Huracán   
 Inundaciones  Avalancha  Deslizamiento de Tierra  Incendio Natural   
 Terroristas : Explosión  Masacre  Mina Antipersonal  Combate   
 Incendio  Ataques a Municipios   
 Otros  Cual?   
 Dirección de la ocurrencia:   
 Fecha Evento/Accidente:  D  D  M  M  A  A  A  A Hora:  H  H  M  M  
 Departamento:  Cod.   
 Municipio:  Cod.  Zona:  U  R  
 Descripción Breve del Evento Catastráfico o Accidente de Transito  
 Enuncie las principales características del evento / accidente: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO**

Estado de Aseguramiento: 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:  D  D  M  M  A  A  A  A Hasta:  D  D  M  M  A  A  A  A Cobro Excedente Póliza SI  NO

**V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO**

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



**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**

Resolución 01915 28 MAY 2008

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

<input style="width: 95%;" type="text"/> 1er Apellido	<input style="width: 95%;" type="text"/> 2do. Apellido
<input style="width: 95%;" type="text"/> 1er Nombre	<input style="width: 95%;" type="text"/> 2do. Nombre
Tipo de Documento: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CC</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CE</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TI</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">RC</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AS</span>	No. Documento: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Dirección Residencia: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Departamento: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cod.: <input style="width: 30px;" type="text"/>
Municipio Residencia: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Teléfono: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Cod.: <input style="width: 30px;" type="text"/>	

**VII. DATOS DE REMISION**

Tipo Referencia: Remisión <input type="checkbox"/> Orden de Servicio <input type="checkbox"/>	
Fecha de Remisión: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> a las <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span>	
Prestador que remite: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Código de Inscripción: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Profesional que remite: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cargo: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fecha de Aceptación: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> a las <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span>	
Prestador que Recibe: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Código de Inscripción: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Profesional que recibe: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cargo: <input style="width: 100%;" type="text"/>

**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. <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Transporte la víctima desde: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Hasta: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Tipo de Transporte: Ambulancia Básica <input type="checkbox"/> Ambulancia Medicalizada <input type="checkbox"/>	
Lugar donde recoge la Víctima: Zona <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">U</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">R</span>	

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

Fecha de ingreso: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> a las <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span>	Fecha de egreso: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</span> a las <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">H</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">M</span>
Código Diagnóstico principal de Ingreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Código Diagnóstico principal de Egreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Otro Código Diagnóstico de ingreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Otro código Diagnóstico principal de Egreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Otro Código Diagnóstico de ingreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Otro código Diagnóstico principal de Egreso: <input style="width: 100%;" type="text"/>
1er Apellido del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>	2do. Apellido del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>
1er Nombre del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>	2do Nombre del Médico o Profesional tratante: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Tipo Documento: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CC</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CE</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PA</span>	No. Documento: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Número de Registro Médico: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

**X. AMPAROS QUE RECLAMA**

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS		
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA		

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 Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo 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 todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

NOMBRE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO \_\_\_\_\_