





**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"/>
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"/>
Tipo de Transporte: Ambulancia Básica <input type="checkbox"/> Ambulancia Medicalizada <input type="checkbox"/>	Hasta: <input style="width: 100%;" type="text"/>
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"/>	<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 \_\_\_\_\_