



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD  
POR SERVICIOS PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO  
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

## I. DATOS DE LA RECLAMACION

Fecha Radicación:	<input type="text"/>	No. Radicado:	<input type="text"/>
No. Radicado anterior:	<input type="text"/>	GP <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> GTV <input type="checkbox"/>	Nro Factura <input type="text"/> 0

## II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	CLINICA MEDICAL S.A.S.		
Código de Habilitación	110012215001	Nit	830507718-8
Dirección	Calle 36 Sur No. 77 - 33		
Departamento	BOGOTA	Cod	11 Telefono 744 2565
Municipio	BOGOTA	Cod	001

## III. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

PINTO	URREA	GINA	PAOLA
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento	CC	Nro. Documento	1033770894
Fecha de Nacimiento	07-12-1994	Sexo	F
Fecha de Fallecimiento:			
Dirección Residencia	CALLE 136 SUR NUMERO 14 F 85		
Departamento	BOGOTA D.C.	Cod	11 Telefono 3222713279
Municipio	BOGOTA D.C.	Cod	001
Condición del Accidentado	<input type="checkbox"/> Conductor <input checked="" type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Ciclista		

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

**NATURALEZA DEL EVENTO**

<b>Accidente de Transito</b>	<input checked="" type="checkbox"/>				
<b>Naturales:</b>	Sismo	<input type="checkbox"/> Maremoto	<input type="checkbox"/> Erupciones Volcanicas	<input type="checkbox"/> Huracán	<input type="checkbox"/>
	Inundación	<input type="checkbox"/> Avalancha	<input type="checkbox"/> Deslizamiento de Tierra	<input type="checkbox"/> Incendio Natural	<input type="checkbox"/>
<b>Terroristas</b>	Explosión Terrorista	<input type="checkbox"/> Masacre	<input type="checkbox"/> Mina Antipersona	<input type="checkbox"/> Combate	<input type="checkbox"/>
	Incendio Terrorista	<input type="checkbox"/> Ataque a Municipios	<input type="checkbox"/> Desplazados	<input type="checkbox"/> Rayo	<input type="checkbox"/> Vendaval
				<input type="checkbox"/> Tornado	<input type="checkbox"/>

Otros ☐ Cual?

Dirección de la Ocurrencia  CALLE 17 SUR CON CARRERA 29 B

Fecha Evento/Accidente  Hora

Departamento  BOGOTA D.C. Cod  11

Municipio  BOGOTA D.C. Cod  001 Zona  U

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Transito (Enuncie las principales características del evento / accident)

PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLETA

## V. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento:	Asegurado <input type="checkbox"/>	No Asegurado <input type="checkbox"/>	Vehículo fantasma <input type="checkbox"/>	Poliza falsa <input type="checkbox"/>	Vehículo en fuga <input type="checkbox"/>
	Asegurado D.2497 <input checked="" type="checkbox"/>	No Asegurado - Propietario Indeterminado <input type="checkbox"/>			
Marca	<input type="text"/>	Placa	<input type="text"/>	No. Siras	<input type="text"/>
Tipo de Vehículo:	Automovil <input type="checkbox"/>	Bus <input type="checkbox"/>	Buseta <input type="checkbox"/>	Camión <input type="checkbox"/>	Camioneta <input type="checkbox"/>
	Camper <input type="checkbox"/>	Microbus <input type="checkbox"/>	Tractocamión <input type="checkbox"/>	Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/>	
	Motocarro <input type="checkbox"/>	Mototriciclo <input type="checkbox"/>	Cuatrimoto <input type="checkbox"/>	Moto Extranjera <input type="checkbox"/>	Vehículo Extranjero <input type="checkbox"/>
			Volqueta <input type="checkbox"/>		
Nombre de la Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO SOAT			Código de la Aseguradora	AT1329
Número de la Poliza	<input type="text"/>			Intervención de Autoridad	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Vigencia de la Poliza:	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>	Cobro Excedente de Poliza	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

## VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION

Código CUPS Hospitalización:	<input type="text"/>	Complejidad de Procedimiento Quirúrgico	<input type="text"/>
Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal	<input type="text"/>	Se presto servicio UCI	<input type="text"/>
Código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario	<input type="text"/>	Días de UCI reclamados	<input type="text"/>

## VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento	<input type="text"/>	Nro. Documento	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Departamento	<input type="text"/>	Cod	<input type="text"/> Telefono <input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>	Cod	<input type="text"/>



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**  
**FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD**  
**POR SERVICIOS PRESTADO A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO**  
**PERSONAS JURIDICAS - FURIPS**

### VIII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento <input type="text"/>	Nro. Documento <input type="text"/>		
Dirección <input type="text"/>			
Departamento <input type="text"/>	Cod <input type="text"/>	Telefono <input type="text"/>	
Municipio <input type="text"/>	Cod <input type="text"/>		

### IX. DATOS DE REFERENCIA

Tipo de Referencia: <input type="text"/>	
Fecha remisión: <input type="text"/>	A las: <input type="text"/>
Prestador que Remite <input type="text"/>	
Código de Inscripción <input type="text"/>	
Profesional que Remite <input type="text"/>	
Cargo: <input type="text"/>	
Fecha de Aceptación: <input type="text"/>	A las: <input type="text"/>
Prestador que Recibe: <input type="text"/>	
Código de Inscripción <input type="text"/>	
Profesional que Recibe: <input type="text"/>	
Cargo: <input type="text"/>	

### X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS ( Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa <input type="text"/>	
Datos del Conductor que transporta la víctima	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er. Apellido	2do. Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento <input type="text"/>	Nro. Documento <input type="text"/>
Transporto la víctima desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
Tipo de Transporte <input type="checkbox"/> Ambulancia básica <input type="checkbox"/> Ambulancia medicalizada <input type="checkbox"/>	Lugar donde recoge la Víctima Zon <input type="text"/>

### XI. DATOS DE LA ATENCIÓN MEDICA DELA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de Ingreso <input type="text" value="30-07-2025"/>	a las <input type="text" value="13:06"/>	Fecha de Egreso <input type="text"/>	a las <input type="text"/>
Código diagnóstico principal de Ingreso <input type="text"/>		Código diagnóstico principal de Egreso <input type="text"/>	
Otro Código diagnóstico de Ingreso <input type="text"/>		Otro Código diagnóstico de Egreso <input type="text"/>	
Otro Código diagnóstico de Ingreso <input type="text"/>		Otro Código diagnóstico de Egreso <input type="text"/>	

### XII. DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento <input type="text"/>	Nro. Documento <input type="text"/>		
Nro. de Registro Médico <input type="text"/>			

### XIII. AMPAROS QUE RECLAMA

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

	Marque	Valor total facturado	Valor Reclamado al ADRES
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	<input type="checkbox"/>	0	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	<input type="checkbox"/>	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.

### XIV. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institucion Prestadora de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Direccion General de Financiamiento del Ministerio de la Proteccion Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantia Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica con la IPS y las Aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

Manifestación de servicios habilitados: SI

William Aristizabal

NOMBRE

William T Aristizabal

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO