



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:		No. Radicado:					
		GP	<input type="checkbox"/>	GT	<input type="checkbox"/>	GTV	<input type="checkbox"/>
No. Radicado anterior:		Nro Factura	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
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			
Fecha de Nacimiento	07-12-1994	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
<u>Accidente de Transito</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Naturales:</u> 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 Tierr <input type="checkbox"/> Incendio Natural <input type="checkbox"/> <u>Terroristas:</u> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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"/>	Vehiculo fantasma <input type="checkbox"/>	Poliza falsa <input type="checkbox"/>	Vehiculo en fuga <input type="checkbox"/>				
	Asegurado D.2497	<input checked="" type="checkbox"/>	No Asegurado - Propietario Indeterminado <input type="checkbox"/>						
Marca	Placa _____			No. Siras					
Tipo de Vehiculo:	Automovil	Bus <input type="checkbox"/>	Buseta <input type="checkbox"/>	Camión <input type="checkbox"/>	Camioneta <input type="checkbox"/>	Campero <input type="checkbox"/>	Microbus <input type="checkbox"/>	Tractocamión <input type="checkbox"/>	Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/>
	Motocarro	Mototriciclo <input type="checkbox"/>	Cuatrimoto <input type="checkbox"/>	Moto Extranjera <input type="checkbox"/>	Vehiculo 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						Intervención de Autoridad	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		
Vigencia de la Poliza:	Desde	Hasta						Cobro Excedente de Poliza	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION

Codigo CUPS Hospitalización:		Complejidad de Procedimiento Quirurgico	
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal		Se presta servicio UCI	
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario		Días de UCI reclamados	

VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

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



**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

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

IX. DATOS DE REFERENCIA

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

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 Vehiculo:	Placa <input type="checkbox"/>		
Datos del Conductor que transporta la victima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento	<input type="checkbox"/>	Nro. Documento <input type="checkbox"/>	
Transporto la victimas desd	<input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/>		
Tipo de Transporte	Ambulancia básica <input type="checkbox"/>	Ambulancia medicalizada <input type="checkbox"/>	Lugar donde recoge la Victima Zon <input type="checkbox"/>

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

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

XII. DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE

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

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 Contraloria General de la Republica con la IPS y las Aseguradoras, de no ser asi, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situacion.

Manifestación de servicios habilitados: Si

William Aristizabal

William Aristizabal

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO