



**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 <input type="text" value="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 CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO**

BECERRA	CIPAGAUTA	MARTHA	EUSEBIA	
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	
Tipo de documento	CC	Nro. Documento	52340162	
Fecha de Nacimiento	10-11-1970	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> F	Fecha de Fallecimiento:
Dirección Residencia	CARRERA 101 B NUMERO 140 A 70			
Departamento	BOGOTA D.C.	Cod	11      Telefono 3227477725	
Municipio	BOGOTA D.C.	Cod	001	
Condición del Accidentado	<input type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Peatón	<input checked="" type="checkbox"/> Ocupante	<input type="checkbox"/> Ciclista

**IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO**

<b>NATURALEZA DEL EVENTO</b>				
<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 CARRERA 86 CALLE 145				
Fecha Evento/Accidente <input type="text"/> Hora <input type="text"/>				
Departamento	BOGOTA D.C.	Cod	11	
Municipio	BOGOTA D.C.	Cod	001	Zona <input type="checkbox"/>

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

OCUPANTE DE MOTOCICLETA QUE PIERDE EL CONTROL Y CAE

**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 <input type="text"/> No. Siras <input type="text"/>		
Tipo de Vehiculo:	Automovil <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Motocarro <input type="checkbox"/> 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 LA PREVISORA	Código de la Aseguradora	AT1324
Número de la Poliza		Intervención de Autoridad	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Vigencia de la Poliza:	Desde <input type="text"/> Hasta <input type="text"/>	Cobro Excedente de Poliza	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

**VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION**

Codigo CUPS Hospitalización: <input type="text"/>	Complejidad de Procedimiento Quirurgico <input type="text"/>
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal <input type="text"/>	Se presta servicio UCI <input type="text"/>
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario <input type="text"/>	Días de UCI reclamados <input type="text"/>

**VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO**

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

**IX. DATOS DE REFERENCIA**

Tipo de Referencia:	
Fecha remisión:	A las:
Prestador que Remite	
Código de Inscripción	
Profesional que Remite	
Cargo:	
Fecha de Aceptación:	A las:
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		
Datos del Conductor que transporta la victima			
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento		Nro. Documento	
Transporto la victim desd		Hasta	
Tipo de Transporte	Ambulancia básica	Ambulancia medicalizada	Lugar donde recoge la Victima Zon

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

Fecha de Ingreso	14-08-2025	a las	14:28	Fecha de Egreso		a las	
Código diagnóstico principal de Ingreso				Código diagnóstico principal de Egreso			
Otro Código diagnóstico de Ingreso				Otro Código diagnóstico de Egreso			
Otro Código diagnóstico de Ingreso				Otro Código diagnóstico de Egreso			

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

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Tipo de documento		Nro. Documento	
Nro. de Registro Médico			

**XIII. AMPAROS QUE RECLAMA**

Marque con una " X " la casilla correspondiente al beneficio reclamado	Marque	Valor total facturado	Valor Reclamado al ADRES
<b>GASTOS MEDICO QUIRURGICOS</b>		0	0
<b>GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA</b>		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