



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

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	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 CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

NATURALEZA DEL EVENTO

Accidente de Transito ☒

Naturales: Sismo ☐ Maremoto ☐ Erupciones Volcanicas ☐ Huracán ☐
 Inundación ☐ Avalancha ☐ Deslizamiento de Tierra ☐ Incendio Natural ☐
Terroristas: Explosión Terrorista ☐ Masacre ☐ Mina Antipersona ☐ Combate ☐
 Incendio Terrorista ☐ Ataque a Municipios ☐ Desplazados ☐ Rayo ☐ Vendaval ☐ Tornado ☐

Otros ☐ Cual?

Dirección de la Ocurrencia: CARRERA 86 CALLE 145

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)

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"/>	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"/>
	Motocarro <input type="checkbox"/>	Mototriciclo <input type="checkbox"/>	Cuatrimoto <input type="checkbox"/>	Moto Extranjera <input type="checkbox"/>	Vehículo Extranjero <input type="checkbox"/>
Nombre de la Aseguradora	SEGUROS LA PREVISORA			Código de la Aseguradora	AT1324
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

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

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

XI. DATOS DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA 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		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
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