



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y DE ACCIDENTES DE
TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS FURIPS

I. Datos de la reclamación

Fecha radicación : 16/11/2024 RGO: ☐ No. Radicado: 0319
No. Radicado anterior: No. Factura: IND521132
(Respuesta a glosas):

II. Datos del prestador de servicios de salud

Razón social:
Codigo habilitación 110010568101 Nit: 813.001.952 - 0

III. Datos de la víctima del evento catastrófico o accidente de tránsito.

PINEDA MARTINEZ
1er Apellido 2do Apellido
EIMY JOESLY
1er Nombre 2do Nombre

Tipo documento:

Número de documento: 1072193462 Fecha nacimiento: 26/02/2010 Fecha fallecimiento:

Sexo: ☐ Masculino ☒ Femenino ☐ Otro

Dirección: DG 17 N 40 49

Departamento: 25 Código: Teléfono: 3145627048

Municipio: 754 Código:

Condición víctima: ☐ Conductor ☐ Peatón ☒ Ocupante ☐ Ciclista

IV. Datos del sitio donde ocurrió el evento catastrófico o el accidente de tránsito

Naturaleza evento: ☒ Accidente de tránsito ☐ Desplazados
Naturales: ☐ Sismo ☐ Avalancha ☐ Erupción volcánica ☐ Huracán
☐ Inundaciones ☐ Maremoto ☐ Deslizamiento de tierra ☐ Incendio natural
☐ Rayo ☐ Vendaval ☐ Tornado
Terroristas: ☐ Explosión ☐ Masacre ☐ Minas antipersonal ☐ Combate
☐ Incendio ☐ Ataques a municipios
Otro: ☐ Descripción otro evento:

Dirección ocurrencia: CARRERA 1 ESTE N 38-89

Fecha evento: 10/11/2024 Hora: 00:09

Departamento: 25 Código:

Municipio: 754 Código: Zona evento: ☒ U ☐ R

V. Datos del vehículo involucrado en el accidente de tránsito

Estado aseguramiento: ☒ Asegurado ☐ No asegurado ☐ Vehículo fantasma
☐ Poliza falsa ☐ Asegurado D.2497 ☐ No asegurado- Sin placa
☐ No asegurado- Propietario indeterminado o sin información
Marca: FORD Placa: IBQ734
Tipo vehículo: ☒ Automóvil ☐ Camión ☐ Microbús ☐ Motocarro ☐ Moto extranjera
☐ Bus ☐ Camioneta ☐ Tractocamión ☐ Moto triciclo ☐ Vehículo extranjero
☐ Buseta ☐ Campero ☐ Motocicleta ☐ Cuatrimoto ☐ Volqueta
Código aseguradora: ATP13029 Intervención autoridad: ☐ SI ☐ NO
Numero poliza: 14289409636260 Cobro excede poliza: ☐ SI ☒ NO
Vigencia desde: 03/07/2024 Vigencia hasta: 02/07/2025 No. Radicado SIRAS: b311ce5c0039063b

VI. Datos relacionados con la atención de la víctima

CUPS servicio principal de hospitalización: 901107 - COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA

Complejidad del procedimiento quirúrgico 3 = Baja



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y DE ACCIDENTES DE
TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS FURIPS

CUPS procedimiento quirúrgico principal: 901007 - MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD |

CUPS procedimiento quirúrgico secundario:

Servicio UCI: ☒ NO ☐ SI Días estancia UCI: 0

VII. Datos del propietario del vehículo

☐ Sin información

SALINAS REINTERIA
1er Apellido 2do Apellido

DEISY
1er Nombre 2do Nombre

Tipo documento:

Número de documento: 65768018 Dirección: DIAGONAL 40 N 37183

Departamento: 25 Código: Teléfono: 3224479747

Municipio: 754 Código:

VIII. Datos del conductor involucrado en el accidente de tránsito

☐ Sin información

PINEDA URAQUE
1er Apellido 2do Apellido

JHONATAN FERNANDO
1er Nombre 2do Nombre

Tipo documento:

Número de documento: 1072193457 Dirección: DIAGONAL 17 N 4049

Departamento: 25 Código: Teléfono: 3145627048

Municipio: 754 Código:

IX. Datos remisión

Tipo referencia: ☐ Remisión ☐ Ordenes de servicio

Fecha remisión: Hora:

Prestador que remite:

Código inscripción:

Profesional remite: Cargo:

Fecha aceptación: Hora:

Placa ambulancia:

Prestador que recibe:

Código inscripción:

Profesional recibe: Cargo:

X. Transporte y movilización de la víctima

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS y cuando se realice en ambulancia de la misma IPS

Placa ambulancia:

Transporte víctima desde: Transporte víctima hasta:

Tipo de servicio del transporte: ☐ Básico ☐ Medicalizado Zona donde recoge víctima: ☐ U ☐ R

XI. Certificación de la atención medica de la víctima como prueba del accidente o evento.

Fecha ingreso: 16/11/2024 Hora: 17:13 Fecha egreso: 19/11/2024 Hora: 17:27

Código de diagnóstico principal de ingreso: S022 Código de diagnóstico principal de egreso: S022

Otro código de diagnóstico ingreso: Otro código de diagnóstico egreso:

Otro código de diagnóstico ingreso: Otro código de diagnóstico egreso:



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y DE ACCIDENTES DE
TRANSITO

PERSONAS JURIDICAS FURIPS

XII. Datos del médico o profesional de la salud tratante

GUTIERREZ	MEZA
1er Apellido médico o profesional tratante	2do Apellido médico o profesional tratante
ANA	VALERIA
1er Nombre médico o profesional tratante	2do Nombre médico o profesional tratante

Tipo documento:

No. Registro médico: 1014306157	Número de documento: 1014306157
---------------------------------	---------------------------------

XIII. Amparos que reclama

	Valor total facturado	Valor total reclamado
Gastos médico quirúrgicos:	6033714	6033714
Gastos de transporte y movilización:		

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

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 Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

INDNombreRepreLegal

Nombre

FIRMA DEL REPRESENTANTE GERENTE O SU DELEGADO

XIV. Declaración de la institución prestadora de servicios de salud

Manifestación de servicios habilitados: ☐ NO ☒ SI

Descripción del evento:

CUADRO CLÍNICO OCURRIDO EL DÍA 10/11/2024 CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN AUTOMÓVIL EN CALIDAD DE PASAJERA CON TRAUMA EN REGIÓN NASAL Y SUPRACILIAR. ASISTIERON A CLÍNICA SAN LUIS EN DONDE REALIZAN SUTURA DE HERIDA EN REGIÓN SUPRACILIAR Y ADemás REALÍZAN RADIOGRAFÍA DE HUESOS PROPIOS DE LA ARIZ QUE MUESTRA FRACTURA CONMINUTODA DE LOS HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ DEPRIMIDA, INICIAN PROCESO DE REMISIÓN PARA VALORACIÓN POR CIRUGÍA MAXILOFACIAL, SIN EMBARGO DESDE EL DÍA DE HOY SOLICITAN RETIRO VOLUNTARIO POR NO LOGRAR ACEPTACIÓN EN CENTROS DE REFERENCIA. AL MOMENTO REFIERE DOLOR DE INTENSIDAD 6/10. NIEGA EPISTAXIS, NIEGA OTROS SINTOMAS.

NOXA DE CONTAGIO: ASISTE A COLEGIO
VIAJES EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: NO REFIERE

REVISIÓN POR SISTEMAS
CARDIORRESPIRATORIO: NO REFIERE
GASTROINTESTINAL: DEPOSICIONES DIARIAS BRISTOL 3
GENITOURINARIO: DIURESIS DIARIA DE CARACTERÍSTICAS USUALES
OSTEOMUSCULAR: NO REFIERE
NEUROLÓGICO: NO ROEFIERE