



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 : 18/11/2024 RGO: No. Radicado: 0321
No. Radicado anterior: No. Factura: IND522981
(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.

VELASQUEZ 1er Apellido PEREZ 2do Apellido
WILMER 1er Nombre ERIC 2do Nombre

Tipo documento:

Número de documento: 1069735642 Fecha nacimiento: 19/04/2009 Fecha fallecimiento:

Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Dirección: CR 1 A 26 C 50

Departamento: 11 Código: Teléfono: 3224261612

Municipio: 001 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: CR 7 CL 12 - 3 M

Fecha evento: 18/11/2024 Hora: 14:30

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: Placa:

Tipo vehículo: ☐ Automóvil ☐ Camión ☐ Microbús ☐ Motocarro ☐ Moto extranjera
☐ Bus ☐ Camioneta ☐ Tractocamión ☐ Moto triciclo ☐ Vehículo extranjero
☐ Buseta ☐ Campero ☐ Motocicleta ☐ Cuatrimoto ☐ Volqueta

Código aseguradora: Intervención autoridad: ☐ SI ☐ NO

Numero poliza: Cobro excede poliza: ☐ SI ☒ NO

Vigencia desde: Vigencia hasta: No. Radicado SIRAS: eab039ce5b96bfaf

VI. Datos relacionados con la atención de la víctima

CUPS servicio principal de hospitalización: 053105 - BLOQUEO DE UNION MIONEURAL

Complejidad del procedimiento quirúrgico:

CUPS procedimiento quirúrgico principal: 791402 - REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPANOS Y FIJACION
DEBILITANTE CON DISPOSITIVO



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

PERCUTANEA CON DISPOSITIVO

CUPS procedimiento quirúrgico secundario:

Servicio UCI: ☒ NO ☐ SI

Días estancia UCI: 0

VII. Datos del propietario del vehículo

☐ Sin información

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo documento:

Número de documento:

Dirección:

Departamento:

Código:

Teléfono:

Municipio:

Código:

VIII. Datos del conductor involucrado en el accidente de tránsito

☐ Sin información

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo documento:

Número de documento:

Dirección:

Departamento:

Código:

Teléfono:

Municipio:

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:

18/11/2024

Hora:

19:42

Fecha egreso:

21/11/2024

Hora:

11:57

Código de diagnóstico principal de ingreso:

S099

Código de diagnóstico principal de egreso:

S625

Otro código de diagnóstico ingreso:

S417

Otro código de diagnóstico egreso:

S099

Otro código de diagnóstico ingreso:

S617

Otro código de diagnóstico egreso:

S417

XII. Datos del médico o profesional de la salud tratante



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

| | |
|--|--|
| OCAMPO | MARTINEZ |
| 1er Apellido médico o profesional tratante | 2do Apellido médico o profesional tratante |
| JUAN | CAMILO |
| 1er Nombre médico o profesional tratante | 2do Nombre médico o profesional tratante |

Tipo documento:

| | | | |
|----------------------|------------|----------------------|------------|
| No. Registro médico: | 1143375161 | Número de documento: | 1143375161 |
|----------------------|------------|----------------------|------------|

XIII. Amparos que reclama

| | Valor total facturado | Valor total reclamado |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gastos médico quirúrgicos: | 4966050 | 4966050 |
| 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:

MADRE REFIERE MENOR PRESENTA ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CICLISTA QUIEN CUANDO SE DESPLAZABA APARENTEMENTE FUE ARROLLADO POR VEHICULO SIN MAS INFOEMACION MENOR NO RECUERDA EVENTO ..NIEGA ALERGIAS...NIEGA ANTECEDENTES .

****CONSULTA DE URGENCIAS ****
REALIZADA POR: RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE PEDIATRÍA.

VALORO PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y PREVIO LAVADO DE MANOS.

EDAD: 15 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO: 19 ABRIL 2009
ACOMPAÑANTE: LEYDI YOJANA PEREZ- MAMA
TELÉFONO: 322 426 1612
DIRECCIÓN: CRA1 A#26C-50 MARISCAL SUCRE -SOACHA

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE INGRESA EN COMPAÑÍA DE LA MADRE EN SILLA DE RUEDAS , CON CUADRO CLINICO NO CLARO DADO QUE EL PACIENTE NO RECUERDA Y LA MADRE NO SE ENCONTRABA CON ÉL , INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCIÓN , DADO POR CAIDA DE BICICLETA AL PARECER UN CARRO PASÓ MUY CERCA DE EL CON MULTIPLES TRAUMAS EN CABEZA , EXTREMIDADES Y EXCORIACIONES EN EXTREMIDADES, PECHO Y CARA , CON PERDIDA DEL CONOCIMIENTO EL PACIENTE NO RECUERDA CUANTO TIEMPO , CON POSTERIOR DOLOR POR LO CUAL CONSULTA

ANTECEDENTES:
PERINATALES: FRUTO DE PRIMERA GESTACIÓN , EDAD MATERNA AL MOMENTO DE CONCEPCIÓN 18 AÑOS Y PADRE 17 AÑOS, NO CONSANGUINIDAD, GESTACIÓN A TERMINO VIA VAGINAL , ADAPTACION NEONATAL ESPONTANEA, PESO AL NACER 2900, REFIERE LA MADRE TENIA TROMBOCITOPENIA Y ANEMIA AL NACIMIENTO. EGRESO CONJUNTO CON LA MADRE
PATOLÓGICOS: NO
HOSPITALIZACIONES: SI , A LOS 15 DIAS DE VIDA POR NEUMONIA CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO, PRESENTO PARADA CARDIACA DE 3 MINUTOS DE DURACIÓN , POSTERIORMENTE 20 DIAS CON OXIGENO.
QUIRÚRGICOS: NO
FARMACOLÓGICOS: NO
ALERGIAS: NO
INMUNIZACIONES: PAI AL DIA , 2 DOSIS DE VACUNAS CONTRA COVID NO RECUERDA EL NOMBRE
TÓXICOS: NO CONSUMO DE CIGARRILLO NO ALCOHOL
FAMILIARES: VIVE CON LA MADRE , EL ABUELO MATERNO Y TIO MATERNO
SOCIALES: CURSA DECIMO GRADO REGULAR RENDIMIENTO TIENE PENDIENTE RECUPERAR 2 MATERIAS, BIOLOGÍA Y QUIMICA.

OBJETIVO
NORMOCÉFALO CON HEMATOMA SUBGALEAL A NOVEL OCCIPITAL, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS , EXCORIACION SOBRE MANDIBULA INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO: CUELLO: MÓVIL, SIN MASAS, ABUNDANTE RINORREA TÓRAX: CON EXCORIACION EN HEMITORAX IZQUIERDO, SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES DE INTENSIDAD Y FRECUENCIA NORMAL. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. ABDOMEN: NO DISTENDIDO, RUIDOS



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

INTESTINALES PRESENTES DE INTENSIDAD Y FRECUENCIA NORMAL, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN MASAS, SIN MEGALIAS. EXTREMIDADES: CON EXCORIACIONES EN RODILLA DERECHA , DORSO DE DEDOS DE LA MANO, CARA POSTERIOR DE TERCIO PROXIMAL DEL ANTEBRAZO Y TERCIO DISTAL DEL BRAZO, EXCORIACIONES EN HOMBROS, DEFORMACION EN HOMBRO DERECHO LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROLÓGICO: ALERTA, ATENTO, LENGUAJE COMPLETO, NOMINA , ABSTRAE ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, MOVILIZA LAS CUATRO EXTREMIDADES DE FORMA SIMÉTRICA. NO SIGNOS MENÍNGEO