|  |
| --- |
| I. DATOS DE LA RECLAMACIÓN |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Radicado Anterior | ${c1} | | Respuesta a Glosa | ${c2} | No Factura / Cuenta Cobro | ${c3} |
| No Consecutivo Reclamación | | ${c4} | |  | | |

|  |
| --- |
| II. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Razón Social | ${rs} | | |
| Código Habilitación: | ${c5} | Nit | ${nit} |
| Dirección | ${d} | | |
| Departamento | ${dp} | | |
| Código | ${cd} | Teléfono | ${t} |
| Municipio | ${m} | | |
| Código | ${cm} |  | |

|  |
| --- |
| III. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer. Apellido | ${c6} | Segundo Apellido | ${c7} |
| Primer. Nombre | ${c8} | Segundo Nombre | ${c9} |
| Tipo de Documento | ${c10} | No. Documento | ${c11} |
| Fecha Nacimiento | ${c12} | Fecha Fallecimiento | ${c13} |
| Sexo | ${c14} | Dirección Residencia | ${c15} |
| Código Departamento | ${c16} | Código Municipio | ${c17} |
| Teléfono | ${c18} | Condición de la Víctima | ${c19} |

|  |
| --- |
| IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naturaleza del evento | ${c20} | | |
| Descripción del otro evento | ${c21} | | |
| Dirección de ocurrencia del evento | ${c22} | | |
| Fecha ocurrencia evento | ${c23} | Hora ocurrencia evento | ${c24} |
| Código del departamento de ocurrencia del evento | ${c25} | Código del municipio de ocurrencia del evento | ${c26} |
| Zona de ocurrencia del evento | ${c27} | | |

|  |
| --- |
| V. DATOS DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estado de aseguramiento | ${c28} | | | Marca | ${c29} | |
| Placa | ${c30} | Tipo de Vehículo | | | ${c31} | |
| Código de la aseguradora | ${c32} | Número de póliza SOAT | | | | ${c33} |
| Fecha de inicio de vigencia de la póliza | ${c34} | Fecha final de vigencia de la póliza | | | | ${c35} |
| Número de radicado SIRAS (id\_atencion) | ${c36} | | Cobro por agotamiento tope Aseguradora | | | ${c37} |

|  |
| --- |
| VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Código CUPS de servicio principal de hospitalización | ${c38} | Complejidad del procedimiento quirúrgico | ${c39} |
| Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal | ${c40} | Código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario | ${c41} |
| Se presto servicio UCI | ${c42} | Días de UCI reclamados | ${c43} |

|  |
| --- |
| VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido del propietario o razón social en caso de empresa. | ${c46} | Segundo apellido del propietario | ${c47} |
| Primer nombre del propietario | ${c48} | Segundo nombre del propietario | ${c49} |
| Tipo de documento de identidad del propietario | ${c44} | Número de documento de identidad del propietario | ${c45} |
| Dirección de residencia del propietario | ${c50} | | |
| Teléfono de residencia del propietario | ${c51} | Código del departamento de residencia del propietario | ${c52} |
| Código del municipio de residencia del propietario | ${c53} | | |

|  |
| --- |
| VIII. DATOS DEL CONDUCTOR INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer Apellido | ${c54} | Segundo. Apellido | ${c55} |
| Primer Nombre | ${c56} | Segundo. Nombre | ${c57} |
| Tipo de Documento | ${c58} | No. Documento | ${c59} |
| Dirección de residencia del conductor | ${c60} | | |
| Código del departamento de residencia del conductor | ${c61} | Teléfono de residencia del conductor | ${c62} |
| Código del municipio de residencia del conductor | ${c63} | | |

|  |
| --- |
| IX. DATOS DE REMISION |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de referencia | ${c64} | Fecha de remisión | | ${c65} | | Hora salida | | ${c66} |
| Código de habilitación del prestador de servicios de salud remitente | | | | ${c67} | | | | |
| Profesional que remite | ${c68} | | | | Cargo de la persona que remite | | ${c69} | |
| Fecha de ingreso | ${c70} | | Hora | | ${c71} | | | |
| Código de habilitación del prestador de servicios de salud que recibe | | | | ${c72} | | | | |
| Profesional que recibe | | | ${c73} | | | | | |
| Placa ambulancia que realiza el traslado interinstitucional | | | ${c74} | | | | | |

|  |
| --- |
| 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) | | | |
| Placa ambulancia traslado primario | ${c75} | | |
| Transporto la víctima desde | ${c76} | Hasta | ${c77} |
| Tipo de servicio del transporte | ${c78} | | |
| Zona donde recoge la Víctima | ${c79} | | |

|  |
| --- |
| XI. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de ingreso | ${c80} | Hora | ${c81} | |
| Fecha de Egreso | ${c82} | Hora | ${c83} | |
| Código Diagnóstico principal de Ingreso | ${c84} | | | |
| Código de diagnóstico de ingreso asociado 1 | ${c85} | | Código de diagnóstico de ingreso asociado 2 | ${c86} |
| Código diagnóstico principal de egreso | ${c87} | | | |
| Código de diagnóstico de egreso asociado 1 | ${c88} | | Código de diagnóstico de egreso asociado 2 | ${c89} |

|  |
| --- |
| XII. DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD DE LA SALUD |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Primer Apellido del Médico o Profesional de la Salud | ${c90} | Segundo Apellido del Médico o Profesional de la Salud | ${c91} |
| Primer Nombre del Médico o Profesional de la Salud | ${c92} | Segundo Nombre del Médico o Profesional de la Salud | ${c93} |
| Tipo Documento | ${c94} | No. Documento | ${c95} |
| Número de Registro Médico | ${c96} |

|  |
| --- |
| XIII. AMPAROS QUE RECLAMA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Valor Total Facturado | Valor Reclamado al Fosyga |
| Gastos Médicos Quirúrgicos | ${c97} | ${c98} |
| Gastos Transporte y Movilización de la Víctima | ${c99} | ${c100} |

|  |
| --- |
| XIV CONFIRMACIÓN SERVICIOS HABILITADOS |

**Manifestación de servicios habilitados (${c101})**

**La IPS reclamante y quien la representa legalmente, certifica que los servicios facturados se encuentran habilitados para la fecha de prestación de servicio y que fueron prestados al paciente.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre  ${nrl} | Firma Representante Legal, Gerente o su Delegado |