|  |
| --- |
| I. DATOS DEL TRANSPORTADOR RECLAMANTE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Radicado Anterior | ${c1} | | Respuesta a Glosa | | ${c2} | No Factura / Documento | ${c3} |
| Código de habitación del prestador de servicios de salud | | ${c4} | | Primer apellido | | ${c5} | |
| Segundo apellido | | ${c6} | | Primer nombre | | ${c7} | |
| Segundo nombre | | ${c8} | | Tipo de documento | | ${c9} | |
| No. Documento | | ${c10} | | Tipo de vehículo | | ${c11} | |
| Placa | | ${c12} | | Dirección | | ${c13} | |
| Teléfono | | ${c14} | | Código departamento | | ${c15} | |
| Código municipio | | ${c16} | |

|  |
| --- |
| II. RELACION DE VÍCTIMA TRASLADADA |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razón social | ${rs} | | | | |
| Código habilitación: | ${c32} | | Nit | ${nit} | |
| Dirección | ${d} | | | | |
| Departamento | ${dp} | | | | |
| Código | ${cd} | | Teléfono | ${t} | |
| Municipio | ${m} | | | | |
| Código | ${cm} | Tipo de documento | | | ${c17} |
| No. Documento | ${c18} | Primer nombre | | | ${c19} |
| Segundo nombre | ${c20} | Primer apellido | | | ${c21} |
| Segundo apellido | ${c22} | Fecha nacimiento | | | ${c23} |
| Sexo | ${c24} | |  | | |

|  |
| --- |
| III. IDENTIFICACION DEL TIPO DE EVENTO |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de evento que suscita la movilización | ${c25} |

|  |
| --- |
| IV. LUGAR DONDE SE RECOGE A LAS VÍCTIMAS |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección donde recoge a la victima | ${c26} | | |
| Código del departamento donde se recoge la victima | ${c27} | Código del municipio donde se recoge la victima | ${c28} |
| Zona de ocurrencia del evento | ${c29} | | |

|  |
| --- |
| V. CERTIFICACION DE TRASLADO DE VÍCTIMAS |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de traslado de la víctima al primer centro asistencial | ${c30} | Hora de traslado al centro asistencial | ${c31} |
| Código de habitación de IPS | ${c32} | Código del departamento | ${c33} |
| Código del municipio | ${c34} |

|  |
| --- |
| VI. DATOS OBLIGATORIOS SI EL EVENTO ES UN ACCIDENTE DE TRANSITO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Código de la victima | ${c35} | Estado de aseguramiento | ${c36} |
| Tipo de vehículo | ${c37} | Placa del vehículo involucrado | ${c38} |
| Código de aseguradora | ${c39} | Numero de póliza SOAT | ${c40} |
| Fecha inicio de vigencia de la póliza | ${c41} | Fecha final de vigencia de la póliza | ${c42} |
| Numero de radicado SIRAS | ${c43} |

|  |
| --- |
| VII. AMPARO RECLAMADO |

|  |  |
| --- | --- |
| Valor facturado | ${c44} |
| Valor reclamado | ${c45} |

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

**Manifestación de servicios habilitados (${c46})**

**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 |