

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIONES DE LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A
VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTE DE TRANSITO**

INSTRUCTIVO – FORMATO FURIPS

Nota: Este formato aplica para la presentación de Reclamaciones de IPS para cada víctima de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito, en original y verificando que las copias sean legibles al igual que el original.

Instrucciones Generales:

- Se debe diligenciar en forma clara, sin enmendaduras.
- El presente formato debe presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.

RADICACIÓN

- Fecha de Radicación Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- Número de Radicación Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- No. Radicado Anterior. Campo diligenciado por la IPS en los casos en que la presentación corresponda a una reclamación por pago parcial o respuesta a glosa, escriba el radicado dado por el Consorcio en la primera presentación.
- Nro Factura / Cuenta de cobro Campo diligenciado por la IPS con el consecutivo interno dado por ésta a la reclamación..

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

Razón Social: Escriba el nombre o razón social de la Institución Prestadora de Servicios de Salud

Código del Prestador: Escriba el código del prestador asignado por la Dirección Departamental o Distrital de Salud conforme a las normas vigentes, al realizar la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Número de Nit: Escriba el número de Nit. registrando en cada casilla un número y el dígito de verificación sin incluir guión ni otro separador.

Dirección, Teléfono, Departamento y Municipio. Escribir claramente los datos de ubicación de la IPS.

II DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO.

Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escriba los nombres y apellidos de la víctima de forma legible en cada una de las casillas diseñadas para cada campo.

Tipo de Documento de Identidad: Marque con una X el tipo de documento, según correspondiente

corresponaa.

CC	=	Cedula de Ciudadanía.
CE	=	Cedula de Extranjería.
PA	=	Pasaporte.
TI	=	Tarjeta de Identidad.
RC	=	Registro Civil.
AS	=	Adulto sin identificación
MS	=	Menor sin identificación

