



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha De Entrega

RG

No. Radicado

No. Radicado anterior (respuesta a glosa, marcar en RG)

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre Empresa de Transporte Especial o Reclamante

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial

1er Apellido

2do. Apellido

1er Nombre

2do. Nombre

Tipo de Documento

CC CE PA NIT

Numero de documento:

Tipo de Servicio:

Ambulancia Básica

Ambulancia Medicada

Si es Persona Natural-tipo Servicio

Particular

Público

Oficial

Vehiculo de servicio diplomático o consular

Vehiculo de transporte masivo

Vehiculo escolar

Otro

Cual?

En vehiculo con placa No.

Dirección de la empresa operadora que realiza el transporte:

Telefono o celular:

Departamento:

Código:

Municipio:

Código:

II. RELACION DE VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo documento permitido:

CC CE PA TI AS MS

| No.Doc | No. Documento | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Tipo de evento que suscita la movilización:

Accidente de tránsito:

Evento catastrófico:

Evento terrorista:

Otro:

Descripción del otro evento:

III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección

Departamento

Código:

Zona

R

Municipio

Código:

IV. CERTIFICACION DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución Prestadora de Servicios de Salud certifica que la entidad de Transporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la víctima a esta IPS

El día

a las

Nombre IPS que atendió la víctima

Nit:

Código ips:

Dirección

Departamento

Código:

Teléfono

Municipio

Cod.

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.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURLA QUE REALIZO EL TRANSPORTE