



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha De Entrega

D D M M A A A A

No. Radicado

RG

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

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

Nombre Empresa de Transporte Especial Reclamante

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial

1er Apellido

2do. Apellido

1er Nombre

2do. Nombre

Tipo de Documento

CC CE PA TI NI

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

Vehículo escolar

Otro

Cual?

En vehículo con placa No.

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte

Teléfono ó Celular

Departamento

Cod.

Municipio

Cod.

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de documento permitido

CC CE PA TI RC AS MS

TipoDoc	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

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

Dirección

Departamento

Cod.

Zona

Municipio

Cod.

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

D D M M A A A A

a las

H H M M

Nombre IPS que atendió la víctima

Nit

Código Habilitación:

Dirección

Departamento

Cod

Teléfono

Municipio

Cod.

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro la gavedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá se verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, 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 RESPONSIBLE
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 DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSIBLE
PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

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

Total Folios