



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 Vehículo de servicio diplomático o consular

Vehículo 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 U R

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