



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

D D M M A A A A

RG

No. Radicado

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 Vehículo de servicio diplomático o consular

Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Otro Cual? _____

En vehículo con placa No. _____

Dirección de la empresa operadora que realiza el transporte: _____

Teléfono 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					
2					
3					
4					
5					

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 RECÓGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección _____

Departamento _____ Código: _____ Zona U 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 D D M M A A A A a las H H M M

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