



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

Resolucion 01915 28 MAY 2008

Fecha de entrega

DD-MM-AAAA

RG

No. Radicado

No. Radicado anterior
(respuesta 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 documento

NI

Numero documento

901038661-1

Tipo Servicio

AMBULANCIA BASICA

En vehiculo con placa No

VAS979

Dirección de la empresa opersona que realiza el transporte:

CRA 21 #127D-63 PISO 1

Departamento

BOGOTA

Cod

20

Telefono o Celular

3057041749

Municipio

SANTA MARTA

Cod

001

II. RELACION DE VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
CC	1075239682	NICOLAS	JOAQUIN	VANEGAS	MUNOZ

Tipo de evento que suscita la movilización::

ACCIDENTE DE TRANSITO

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

Dirección:

CRA 21 #127D-63 PISO 1

Departamento

BOGOTA

Cod

20

Zona

URBANA

Municipio

SANTA MARTA

Cod

001

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:

10-11-1989

a las:

00:05

Nombre IPS que atendió la víctima

CLINICA DE LA COSTA EN BOGOTA

Nit

901038661-1

Codigo Habilitacion

200010026901

Dirección

CRA 21 #127D-63 PISO 1

Departamento

BOGOTA

Cod

20

Telefono

3057041749

Municipio

SANTA MARTA

Cod

001

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaró la gavedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Comañía de Seguros, por la Dirección Genereal de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría Generalde 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.

NICOLAS JOAQUIN VANEGAS MUÑOZ

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



CC 1075239682

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O
PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

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

