



## INSTRUCTIVO DE RECLAMACIÓN PÓLIZAS SOAT

La documentación completa debe ser radicada en las oficinas ubicadas en la Calle 94 a No. 13-42 Oficina 401, Bogotá, Colombia a nombre de QBE SEGUROS S.A – Gerencia de Indemnizaciones Unidad SOAT

A continuación encontrarás el listado de los documentos a presentar agrupados según el amparo objeto de la reclamación:

**Haz clic en la opción que requieras:**

<b>Reclamación de Personas Naturales.....</b>	<b>2</b>
Amparo de Indemnización por Muerte.....	2
Amparo de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente.....	3
Amparo de Indemnización de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y/u Hospitalarios .....	4
Amparo de Indemnización de Gastos de Transporte.....	4
<b>Reclamación de Entidades – Personas Jurídicas .....</b>	<b>4</b>
Amparo de Indemnización de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y/u Hospitalarios (IPS) .....	4
Amparo de Indemnización de Gastos de Transporte.....	5
<b>Ten en cuenta que una vez aprobado el pago, es necesario adicionar los siguientes documentos .....</b>	<b>5</b>



## Reclamación de Personas Naturales

### Amparo de Indemnización por Muerte

- ✓ Formulario Único de Reclamación FURPEN completamente diligenciado, con letra legible, con firma y huella de la persona reclamante. Puedes descargarlo haciendo [clic aquí](#).
- ✓ Fotocopia clara de la póliza de seguro obligatorio SOAT.
- ✓ Fotocopia clara del Documento de Identidad de la víctima.
- ✓ Registro civil de defunción de la víctima en copia autenticada tomada del original, expedida por la notaria o Registraduría donde se inscribió la defunción.
- ✓ Epicrisis o resumen clínico de atención, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del decreto 056 del 14 de Enero de 2015. (Para el caso de la indemnización por muerte y gastos funerarios, este será necesario si la víctima de accidente de tránsito fue atendida antes de su muerte).
- ✓ Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanada de la Fiscalía General de la Nación en donde se indique las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que ocurrió el accidente de tránsito y se relacione el vehículo involucrado y las víctimas.
- ✓ Manifestación en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización. En donde como mínimo se menciones, estado civil de la víctima al momento de su fallecimiento utilizando (Soltero, soltero con unión marital de hecho, casado, divorciado, viudo) la existencia de hijos reconocidos o por reconocer. Con quien convivió y por cuánto tiempo al momento de su fallecimiento, si existen o no vínculos matrimoniales anteriores sin liquidar.
- ✓ Copia autentica registro civil de matrimonio cuando sea el conyugue quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes expedida por la notaria o Registraduría donde se inscribió el matrimonio con certificación de notas marginales (divorcio y/o liquidación de sociedad conyugal) si es del caso, o acta de conciliación extraprocésal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.
- ✓ Copia autentica del registro civil de nacimiento de la víctima cuando sean los padres de la víctima los reclamantes, tomada del original expedidos por la notaria o Registraduría donde se inscribió el nacimiento con certificación de notas marginales.
- ✓ Copia autentica de los registros civiles de nacimiento cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos, tomados del original expedidos por la notaria o Registraduría donde se inscribieron los nacimientos.
- ✓ Copia autentica de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos cuando estos sean los reclamantes, tomados del original expedidos por la notaria o Registraduría donde se inscribieron los nacimientos.
- ✓ Copia autentica del documento de identidad de los reclamantes y/o beneficiarios de ley.

- ✓ Copia autentica de la sentencia judicial ejecutoriada e la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de los ascendentes, expedida por el juzgado de conocimiento del proceso.
- ✓ Certificación bancaria de la cuenta en la cual se solicita realizar el depósito de los recursos correspondientes a la indemnización, en caso de ser aprobada, la cual se debe encontrar a nombre del beneficiario o de su apoderado.
- ✓ Poder autenticado debidamente otorgado por el reclamante dirigido a la compañía aseguradora, indicando las facultades conferidas cuando la reclamación sea realizada mediante un abogado.

### Amparo de Indemnización por Incapacidad Total y Permanente

- ✓ Formulario único de reclamación FURPEN completamente diligenciado, con letra legible, firma y huella de la persona reclamante. Puedes descargarlo haciendo [clic aquí](#).
- ✓ Fotocopia clara de la póliza de seguro obligatorio SOAT
- ✓ Fotocopia clara del Documento de identidad de la víctima
- ✓ Epicrisis o resumen clínico de atención.
- ✓ Órdenes y soportes médicos en los cuales se especifique el diagnóstico y el tratamiento realizado (Epicrisis, remisiones, valoraciones, u órdenes médicas etc). Estos documentos cuanto se acepte como documento válido la última valoración emitida por medicina legal en la cual se determinen las secuelas de carácter definitivo o permanente, en lugar del dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente.
- ✓ Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del decreto Ley 019 de 2012 en el que especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.
- ✓ Copia autentica de la sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante expedida por el juzgado de conocimiento del proceso.
- ✓ Copia autentica del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad tomada del original expedida por la notaria o Registraduría donde se inscribió el nacimiento con certificación de notas marginales, o copia autentica de la sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador, expedida por el juzgado de conocimiento del proceso.
- ✓ Certificación bancaria en la cual se solicita realizar el depósito de los recursos correspondientes a la indemnización, en caso de ser aprobada, la cual se debe encontrar a nombre del beneficiario o de su apoderado.
- ✓ Poder autenticado debidamente otorgado por el reclamante dirigido a la compañía aseguradora, indicando las facultades conferidas cuando la reclamación sea realizada mediante un abogado.



## Amparo de Indemnización de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y/u Hospitalarios

- ✓ Formulario único de reclamación (FURPEN) completamente diligenciado, con letra legible, firma y huella de la persona reclamante. Puedes descargarlo haciendo [clic aquí](#).
- ✓ Fotocopia clara del seguro obligatorio SOAT
- ✓ Fotocopia clara del documento de identidad de la víctima
- ✓ Epicrisis o resumen clínica de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del decreto 056 del 14 de Enero de 2015.
- ✓ Original de la factura o documento equivalente de la IPS con sello de cancelado y a nombre de la persona reclamante.
- ✓ Documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de la atención.
- ✓ Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

## Amparo de Indemnización de Gastos de Transporte

- ✓ Formulario único de reclamación Transporte (FURTRAN) completa mente diligenciado, con letra legible firma y huella de la persona reclamante. Puedes descargarlo haciendo [clic aquí](#).
- ✓ Fotocopia clara de la póliza de seguro obligatorio SOAT.
- ✓ Fotocopia clara del documento de identidad de la víctima.
- ✓ Original de la factura o documento equivalente de la IPS con sello de cancelado y a nombre de la persona reclamante.

## Reclamación de Entidades – Personas Jurídicas

### Amparo de Indemnización de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y/u Hospitalarios (IPS)

- ✓ Formulario único de reclamación IPS (FURIPS) completamente diligenciado, con letra legible, firma y huella de la persona reclamante. Puedes descargarlo haciendo [clic aquí](#).
- ✓ Fotocopia clara de la póliza de seguro obligatorio SOAT.
- ✓ Fotocopia clara del documento de identidad de la víctima
- ✓ Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos especificados señalados en los artículos 31 y 32 del decreto 056 del 14 de Enero del 2015
- ✓ Original de la factura o documento equivalente de la IPS que presto el servicio con la descripción de cada uno de los servicios prestados, codificados y tarifados de acuerdo al decreto 2423 de 1996 (manual tarifario SOAT) y cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.



- ✓ Documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención.
- ✓ Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

### Amparo de Indemnización de Gastos de Transporte

- ✓ Formulario único de reclamación Transporte (FURTRAN) completa mente diligenciado, con letra legible firma y huella de la persona reclamante. Puedes descargarlo haciendo [clic aquí](#).
- ✓ Fotocopia clara de la póliza de seguro obligatorio SOAT.
- ✓ Fotocopia clara del documento de identidad de la víctima.
- ✓ Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio con la descripción de cada uno de los servicios prestados, codificados y tarifados de acuerdo al decreto 2423 de 1996 (manual tarifario SOAT) y cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

La entrega de estos documentos no constituye aceptación de ningún tipo de responsabilidad sobre nuestros clientes y/o QBE Compañía de Seguros S.A. y el estudio de los mismos se iniciará cuando el tercero y/o abogado presente la documentación completa según sea el caso.

### Ten en cuenta que una vez aprobado el pago, es necesario adicionar los siguientes documentos

- ✓ Declaración extra juicio de los beneficiarios, en la que manifiesten lo siguiente: que son los beneficiarios de ley, conocidos a quienes les corresponde el derecho a reclamar indicando sus nombres y parentesco. Igualmente, deben dejar constancia expresa que en el evento de aparecer otra persona con igual o mejor derecho, se obligan a reconocerle la parte que como beneficiario le corresponda\*.
- ✓ Certificación bancaria con el tipo y No. de cuenta para realizar la transferencia.

\*Si la declaración que alleguen no contiene la información requerida anteriormente, ésta no será válida y por tanto sería necesario solicitarla nuevamente.

**EN LA SIGUIENTE PÁGINA ENCONTRARÁS LOS  
FORMULARIOS PARA LA RECLAMACIÓN\*  
(FURPEN-FURTRAN-FURIPS)**

\*Diligenciar el que corresponda.



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSSS)  
PERSONAS NATURALES - FURPEN

Fecha Radicación:   
 No. Radicado Anterior:   
 No. Radicado:

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1er Apellido:  2do. Apellido:   
 1er Nombre:  2do. Nombre:   
 Tipo de Documento:  CC  CE  PA No. Documento:   
 Dirección Domicilio:   
 Departamento:  Cod.:  Teléfono:   
 Municipio:  Cod.:   
 Parentesco o Relación con la víctima:  Padres  Cónyuge  Abuelos  Compañero(a) Permanente  
 Hijos  Nietos  Hermanos  Apoderado

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido:  2do. Apellido:   
 1er Nombre:  2do. Nombre:   
 Tipo de Documento:  CC  CE  PA  TI  RC  AS  MS No. Documento:   
 Fecha de Nacimiento:   
 Sexo:  M  F  
 Dirección Domicilio:   
 Departamento:  Cod.:  Teléfono:   
 Municipio:  Cod.:   
 Zona:  U  R  
 Condición del Accidentado:  Conductor  Peatón  Ocupante  Ciclista  
 Fecha en caso Muerte:

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:  
 Accidente de Tránsito:   
 Naturales: Sismo  Maremoto  Erupciones Volcánicas  Huracán   
 Inundaciones  Avalancha  Deslizamiento de Tierra  Incendio Natural   
 Terroristas: Explosión  Masacre  Mina Antipersonal  Combate   
 Incendio  Ataques a Municipios   
 Otros  Cual?   
 Dirección de la ocurrencia:   
 Fecha Evento/Accidente:  Hora:   
 Departamento:  Cod.:   
 Municipio:  Cod.:  Zona:  U  R  
 Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:  
 Enuncie las principales características del evento / accidente: \_\_\_\_\_

IV. INFORMACION DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento: Asegurado  No Asegurado  Vehículo Fantasma  Póliza Falsa  Vehículo en fuga   
 Marca:  Placa:   
 Tipo de Servicio: Particular  Público  Oficial  Vehículo de emergencia  Vehículo de servicio diplomático o consular   
 Vehículo de transporte masivo  Vehículo escolar   
 Nombre de la Aseguradora:   
 No. de la Póliza:  Intervención de autoridad: SI  NO   
 Vigencia Desde:  Hasta:



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS) PERSONAS NATURALES - FURPEN

DATOS DE PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1er Apellido o Razón Social		2do. Apellido	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1er Nombre		2do. Nombre	
Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC	No. Documento	<input type="text"/>
Dirección Residencia	<input type="text"/>		
Departamento	<input type="text"/>	Cod.	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>	Cod.	<input type="text"/>

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1er Apellido del Conductor		2do. Apellido del conductor	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1er Nombre del Conductor		2do. Nombre del Conductor	
Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> AS	No. Documento	<input type="text"/>
Dirección Residencia	<input type="text"/>		
Departamento	<input type="text"/>	Cod.	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>	Cod.	<input type="text"/>

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una " X " la casilla correspondiente al beneficio reclamado

Concepto Reclamado	X	Valor Reclamado
Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Muerte de la Víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Incapacidad Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

VIII. DECLARACION DEL RECLAMANTE

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Declaro bajo la gravedad de juramento que la información contenida en este documento es cierta y declaró bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá se verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social , por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación y autorizo expresamente al médico o entidad Hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

Impresión Dactilar





REPUBLICA DE COLOMBIA  
 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.**  
 PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

Fecha Radicación:

No. Radicado:

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

RG:

Nro Factura / Cuenta de cobro:

**I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Razón Social:

Código Habilitación:  Nit:

Dirección:

Departamento:  Cod.:  Teléfono:

Municipio:  Cod.:

**II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO**

1er Apellido:  2do. Apellido:

1er Nombre:  2do. Nombre:

Tipo de Documento:  No. Documento:

Fecha de Nacimiento:  Sexo:

Dirección Residencia:

Departamento:  Cod.:  Teléfono:

Municipio:  Cod.:

Condición del Accidentado:  Conductor  Peatón  Ocupante  Ciclista

**III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO**

Naturaleza del Evento:

Accidente de Tránsito:

Naturales: Sismo  Maremoto  Erupciones Volcánicas  Huracán   
 Inundaciones  Avalancha  Deslizamiento de Tierra  Incendio Natural

Terroristas: Explosión  Masacre  Mina Antipersonal  Combate   
 Incendio  Ataques a Municipios

Otros  Cual?

Dirección de la ocurrencia:

Fecha Evento/Accidente:  Hora:

Departamento:  Cod.:

Municipio:  Cod.:  Zona:

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito  
 Enuncie las principales características del evento / accidente:

**IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO**

Estado de Aseguramiento: Asegurado  No Asegurado  Vehículo fantasma  Póliza Falsa  Vehículo en fuga

Marca:  Placa:

Tipo de Servicio: Particular  Público  Oficial  Vehículo de emergencia  Vehículo de servicio diplomático o consular   
 Vehículo de transporte masivo  Vehículo escolar

Nombre de la Aseguradora:

No. de la Póliza:  Intervención de autoridad: SI  NO

Vigencia Desde:  Hasta:  Cobro Excedente Póliza: SI  NO

**DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO**

1er Apellido o Razón Social:  2do. Apellido:

1er Nombre:  2do. Nombre:

Tipo de Documento:  No. Documento:

Dirección Residencia:

Departamento:  Cod.:  Teléfono:

Municipio Residencia:  Cod.:

Total Folios:





**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE**  
**EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.**  
**PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS**

**DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido	2do. Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento <span style="float: right;">CC CE PA TI RC AS</span>	No. Documento <input type="text"/>
Dirección Residencia <input type="text"/>	
Departamento <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Municipio Residencia <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/>

**V. DATOS DE REMISION**

Fecha de Remisión	<input type="text"/>
Persona Remitida de	<input type="text"/>
Persona que remite	<input type="text"/> Cargo <input type="text"/>
Dirección IPS que remite <input type="text"/>	
Departamento IPS que remite <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Municipio IPS que remite <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/>
Fecha de Aceptación	<input type="text"/>
Persona Remitida a:	<input type="text"/>
Persona que recibe	<input type="text"/> Cargo <input type="text"/>
Dirección IPS que recibe <input type="text"/>	
Departamento IPS que recibe <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Municipio IPS que recibe <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/>

**VI. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA**

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos de Vehículo Placa No.

Datos del Conductor que transporta la víctima

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido	2do. Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento <span style="float: right;">CC CE PA</span>	No. Documento <input type="text"/>
Transporto la víctima desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>
Tipo de Transporte <input type="checkbox"/> Ambulancia Básica <input type="checkbox"/> Ambulancia Medicada	Lugar donde recoge la Víctima Zona <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> R

**VII. DATOS DE LA ATENCIÓN MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO**

Fecha de ingreso <input type="text"/>	a las <input type="text"/>	Fecha de egreso <input type="text"/>	a las <input type="text"/>
Código Diagnóstico principal de Ingreso <input type="text"/>		Código Diagnóstico principal de Egreso <input type="text"/>	
Otro Código Diagnóstico de ingreso <input type="text"/>		Otro código Diagnóstico principal de Egreso <input type="text"/>	
Otro Código Diagnóstico de ingreso <input type="text"/>		Otro código Diagnóstico principal de Egreso <input type="text"/>	

**VIII. DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido del Médico o Profesional tratante	2do. Apellido del Médico o Profesional tratante
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre del Médico o Profesional tratante	2do Nombre del Médico o Profesional tratante
Tipo Documento <span style="float: right;">CC CE PA</span>	No. Documento <input type="text"/>
	Número de Registro Médico <input type="text"/>

**IX. AMPAROS QUE RECLAMA**

Marque con una " X " la casilla correspondiente al beneficio reclamado

Marque	VALOR TOTAL FACTURADO VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.

**X. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.**

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

NOMBRE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO \_\_\_\_\_



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

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

Fecha De Entrega  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  Servicio Público  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"/>

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

Dirección

Departamento  Cod.  Zona  U  R

Municipio  Cod.

V. 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 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 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.

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 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