

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Formulario Único de Reclamación de Gastos de Transporte y Movilización de Víctimas

INSTRUCTIVO – FORMATO FURTRAN

Nota: Este formato aplica para la presentación de reclamaciones por las empresas de transporte especial debidamente habilitadas o personas naturales que hayan prestado el servicio de transporte de las víctimas de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito.

Instrucciones Generales:

- Este amparo comprende los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del evento a la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, a donde sea llevada la víctima.
- Para el caso de empresas o IPS especializadas en transporte, el presente formato debe presentarse en el anexo técnico conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación. Para las personas naturales la presentación del anexo técnico es opcional.

RADICACIÓN

- Fecha de Radicación: Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del Fosyga o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación
- Número de Radicación: Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del Fosyga o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- Número de Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG). Campo diligenciado por las IPS, entidades o personas reclamantes, en los casos en que la presentación corresponda a una reclamación por respuesta a glosa, escriba el radicado dado por el Consorcio en la primera presentación.

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR

Nombre de Empresa de Transporte Especial o Reclamante: Escriba el nombre de la empresa que realizó el transporte de la víctima. En caso de ser persona Natural, escriba claramente el nombre de la persona que reclama.

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial En caso de empresas especializadas en transporte medicalizado, escriba el código de habilitación asignado por la Entidad Territorial.

Tipo de Documento: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC	=	Cedula de Ciudadanía.
CE	=	Cedula de Extranjería.
PA	=	Pasaporte.
TI	=	Tarjeta de Identidad
NIT	=	Nit

Número de Documento: Escriba en cada una de las casillas cada número del documento de identidad. Cuando se trate de número de NIT, existe una casilla para diligenciar el número del dígito de verificación.

Tipo de Servicio: Marque con X la casilla correspondiente si el tipo de servicio: Ambulancia Básica, Ambulancia medicalizada. Si el reclamante es persona Natural, marcar con X el tipo de Servicio: Particular, Servicio Público, oficial.

Formulario Unico de Reclamacion de Gastos de Transporte y Movilizacion de Víctimas

Otro tipo de Servicio: Para los casos de transporte escolar, transporte consular o diplomático, aeronaves.

En vehículo con placa No. Escriba el número de placa de la ambulancia o vehículo en la que se traslado la víctima.

Dirección Domicilio, Departamento, Municipio, Teléfono: Escribir con claridad y en cada uno de los campos de dirección, departamento, municipio y teléfono del conductor.

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo Documento: Escriba el tipo de documento de la víctima de acuerdo a la siguiente codificación:

CC	=	Cedula de Ciudadanía.
CE	=	Cedula de Extranjería.
PA	=	Pasaporte.
TI	=	Tarjeta de Identidad.
RC	=	Registro Civil.
AS	=	Adulto sin identificación
MS	=	Menor sin identificación

Si el Tipo de documento es AS o MS se debe registrar el número de acuerdo con lo definido en la Resolución 812 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, para población especial, así:

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + S+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 S 8125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001 I 8125
Población indigente adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001 D 0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001 A 0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 080014 I 8125. NO APLICA PARA MENORES SIN IDENTIFICAR ENTRE CERO (0) Y TREINTA (30) DÍAS DE NACIDOS. SOLO APLICA PARA REGIMEN SUBSIDIADO.
Población indigente menor de edad que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001 D 0008
Menor de edad recién nacido vivo sin identificar al infante con edad menor o igual a 30 días.	MS	12	Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). *ESTE TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO LO PUEDEN UTILIZAR TODOS LOS REGÍMENES Y PLANES DE SALUD, MIENTRAS SE REGISTRA EL MENOR ANTE LA RNEC.

Número de Documento: Escriba en cada una de las casillas cada número de documento. Utilice un renglón para cada víctima.

Primer nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo apellido: Escriba en cada casilla y para cada renglón los datos correspondientes a nombres y apellidos de cada víctima.

Formulario Unico de Reclamacion de Gastos de Transporte y Movilizacion de Víctimas**III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA**

Dirección, Departamento, Municipio, Zona: Escribir con claridad los datos de ubicación en donde se recoge la víctima.

V. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

El día y Hora: escribir la fecha y la hora en la que se traslado la víctima a la IPS.

Nombre IPS que certifica, Número de Nit, Código: Escriba los datos de la IPS a donde se traslada la víctima, y el número de Nit y el código de habilitación.

Dirección, Departamento, Municipio, Teléfono: Escriba los datos de ubicación de la IPS a donde se traslada la víctima.

Nombre, Firma. Este documento debe incluir la firma y nombres del representante legal o persona responsable de la IPS que recibe la víctima, con el fin de certificar el transporte realizado por la ambulancia o por el transporte privado.