12634

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

Fecha de Entrega

No. Radicado Anterior (respuesta a glosa,

No. Radicado

RG

I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)

Nombre Empresa de Transporte Especial Reclamante: EMERGENCY TIME S.A.S

Código de habilitación Empresa de Transporte Especial: 7 6 8 3 4 1 1 6 5 6 0 1

1er Apellido

2do Apellido

1er nombre

2do Nombre

Tipo de Documento: CC CE RC CE RC X

Numero de Documento: 9 0 1 1 6 7 1 4 8 - 7

Tipo de Servicio

Ambulancia Básica: X

Ambulancia Medicada:

Si es persona natural Tipo Servicio

Particular:

Servicio Publico:

Otro:

Cual ?

En vehículo con placa No.: J P R 1 8 6

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte: CARRERA 43 No 29-05

Teléfono o Celular: 3 1 0 4 5 5 8 1 3 2

Departamento: VALLE DEL CAUCA — Cód. 7 6

Municipio: TULUA — Cód. 8 3 4

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de documento permitido: CC CE PA TI RC AS MS

Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
CC	1 0 0 7 1 9 8 0 6 4	VALERIA		ARIAS	FLORIDO

Tipo de evento que suscita la movilizacion : Accidente de Tránsito: X — Evento Catastrófico: — Evento Terrorista:

III. LUGAR EN QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección: CARRERA 28A CON CALLE 21

Departamento: VALLE DEL CAUCA — Cód. 7 6 — Zona: X R

Munucipio: TULUA — Cód. 8 3 4

IV. CERTIFICACION DE TRASLADO DE VICTIMAS

La Institución de Servicios de Salud certifica que la entidad de Transporte Especial o persona Natural efectuó el traslado de la victima a esta IPS

El día: 2 5 0 6 2 0 2 3 a las: 2 1 4 6

Nombre de la IPS que atendió la victima: DOLORMED CENTRO INTEGRAL EN MANEJO DE DOLOR S.A.S

NIT: 9 0 0 4 4 2 9 3 0 - 6

Código de Habilitación: 7 6 8 3 4 0 8 3 1 4 0 1

Dirección: CARRERA 33A 24 - 17

Departamento: VALLE DEL CAUCA — Cód. 7 6 — Teléfono: 2 2 5 7 7 6 5

Municipio: TULUA — Cód. 8 3 4

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro la gravedad de juramento que la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección General de Financiamiento, por el Administrador Fiduciario 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.

Ricardo Muñoz

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

DOLOR MED
SU BIENESTAR EN NUESTRAS MANOS
NIT. 900.442.930-6

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

94153702

TIPO [illegible] DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Time NIT. 901167148 - 7
Estamos para ti

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

Total Folios