

12770



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega

No. Radicado

No. Radicado Anterior
(respuesta a glosa,

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

Número 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 Público

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 VÍCTIMAS 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 1 1 3 0 4 0 5 5 3	MARIA	DEL PILAR	HOLGUIN	GUTIERREZ

Tipo de evento que suscita la movilización :

Accidente de Tránsito

X

Evento Catastrófico

Evento Terrorista

III. LUGAR EN QUE SE COGE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS

Dirección

CALLE 29 CON CARRERA 26

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

7 6

Zona

X

R

Municipio

TULUA

Cód.

8 3 4

IV. CERTIFICACION DE TRASLADO DE VÍCTIMAS

La Institución 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

2 9 0 6 2 0 2 3

a las

0 7 0 3

Nombre de la IPS que atendió la víctima

CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL

NIT

8 0 5 0 2 7 7 4 3 - 1

Código de Habilidadación

7 6 8 3 4 0 9 1 4 4 0 1

Dirección

CARRERA 40 CON CALLE 26 ESQUINA

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

7 6

Teléfono

2 3 1 7 4 3 0

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 Financiación, 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.

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

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

[Firma]
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE

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

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

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

Total Folios

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100