

7012666



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

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

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 5 7 0 6 3 2 8	SAMUEL		HENAO	HOLGUIN

Tipo de evento que suscita la movilización :

Accidente de Tránsito

X

Evento Catastrófico

Evento Terrorista

III. LUGAR EN QUE SE RECIBE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección

CARRERA 30 CON CALLE18

CA

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

7 6

Zona

X

R

Municipio

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 víctima a esta IPS

El día

2 8 0 6 2 0 2 3

a las

2 1 4 7

Nombre de la IPS que atendió la víctima

DOLORMED CENTRO INTEGRAL EN MANEJO DE DOLOR S.A.S

NIT

9 0 0 4 4 2 9 3 0 - 6

Código de Habilidadación

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 del evento y el 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, asumiré 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 esta reclamación.

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

EMERGENCY TIME SAS
NIT. 901087248

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

TEL. 232 80 80 TULUA V.

Total Folios