

12529



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
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 ☐ X Numero de Documento **9 0 1 1 6 7 1 4 8 - 7**
Tipo de Servicio ☐ Ambulancia Básica ☒ 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 2 9 8 6 6 4 8 7 LUZ DARY VASQUEZ DE SAENZ

Tipo de evento que suscita la movilización : ☒ Accidente de Tránsito ☐ Evento Catastrófico ☐ Evento Terrorista

III. LUGAR EN QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección **CARRERA 34 CALLE 36**
Departamento **VALLE** 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 victima a esta IPS

El día **0 7 0 6 2 0 2 3** a las **2 0 1 6**
Nombre de la IPS que atendió la victima **BONSANA IPS S.A.S**
NIT **9 0 0 6 1 5 6 0 8 - 2** Código de Habilitación **7 6 8 3 4 0 9 1 4 4 0 1**
Dirección **CARRERA 32A # 25-53**
Departamento **VALLE DEL CAUCA** Cód. **7 6** Teléfono **2 3 2 4 4 0 9**
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.

Diana Oviedo

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

Diana Oviedo Duarte

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

CC 111628528Y

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

EMERGENCY TIME SAS

NIT. 901167148-7

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS QUE REALIZO EL TRANSPORTE

bonsana IPS S.A.S
Te protegemos desde lo mas profundo.
NIT. 900.815.608-2

Total Folios