

12536



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 ☐ 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 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 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
TI 1 1 1 7 0 1 6 0 4 3 **ERIC** **ESTEBAN** **TENORIO** **LOAIZA**

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

III. LUGAR EN QUE SE RECIBE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS

Dirección **CARRERA 25 CON CALLE 19**
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 **0 9 0 6 2 0 2 3** a las **0 7 0 5**
Nombre de la IPS que atendió la víctima **DOLORMED CENTRO INTEGRAL EN MANEJO DE DOLOR S.A.S**
NIT **9 0 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 la situación 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 Colombia, por 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.

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

EMERGENCY TIME S.A.S
NIT **901167148 - 7**
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Total Folios