

12537



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
TI 1 0 3 0 0 0 0 5 4 9 JUAN JOSE NARVAEZ DORADO

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

III. LUGAR EN QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección **CALLE 22 CON CARRERA 18**
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 **1 0 0 6 2 0 2 3** a las **0 9 1 5**
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 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 POSYGA, 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.

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

DOLOR MED
SUB-EMPRESA MANOS
NIT. 900.442.930-6

TIPO Y NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

EMERGENCY TIME S.A.S
NIT. 901167148-7
Estamos para ti

232 80 80 TULUA c.c

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

Total Folios