


TU12669



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 1 1 6 2 4 1 3 6 9	DAVID	ALEJANDRO	LOPEZ	ALVAREZ

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: CARRERA 5 CALLE 21 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 1 3 3 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 (DSYGA), 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

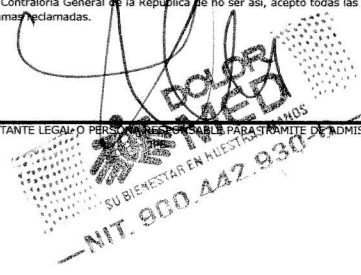
114340410

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

EMERGENCY TIME SAS

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

TEL. 232 80 80 TULUA V.



SU BIENESTAR EN NUESTROS MANOS

—NIT. 900.442.930—

Total Folios