




TU12670

 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN					
Fecha de Entrega	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>				
No. Radicado Anterior (respuesta a glosa)	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>				
No. Radicado	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>				
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; display: flex; justify-content: space-between;"> RG </div>				
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> CC CE RC CE RC X </div>				
Tipo de Servicio	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Ambulancia Básica <input checked="" type="checkbox"/> Ambulancia Medicada <input type="checkbox"/> </div>				
Si es persona natural Tipo Servicio	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Particular <input type="checkbox"/> Servicio Publico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual ? </div>				
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				
Municipio	TULUA				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Cód. 7 6 Cód. 8 3 4 </div>				
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	3 8 7 5 6 3 1 4	MONICA	ALEJANDRA	SALAZAR	ORTEGA
Tipo de evento que suscita la movilización : <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Accidente de Tránsito <input checked="" type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Evento Terrorista <input type="checkbox"/> </div>					
III. LUGAR EN QUE SE RECONE LA VICTIMA O VICTIMAS					
Dirección	TRASVERSAL 12 FRENTE AL TERMINAL NUEVO				
Departamento	VALLE DEL CAUCA	Cód.	7 6	Zona	<input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 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 5 0 6 2 0 2 3	a las	2 0 3 6		
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 Fianciamiento, 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.					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS Angie Lomessa M.			FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS 		
NIT. 901167148 - 7 Estampilla para el TULUA			NIT. 900.442.830 - 7		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE 					

Total Folios