

TU12651



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION 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 ☐ Servicio Publico ☐ Otro ☐ Cual ?

Si es persona natural Tipo Servicio ☐ Particular ☐

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 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
RC	1	1	1	4	7	0	6	4	3	4	JUAN	MARTIN	GONZALEZ	CABEZAS

Tipo de evento que suscita la modificación:

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 **TRANSVERSAL 12 CON CALLE 6**

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 víctima a esta IPS

El día **1 8 0 6 2 0 2 3** a las **1 4 5 1**

Nombre de la TPS que atendió la víctima **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.

*Maria Fernanda Acargo*  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

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

**BONSANA IPS S.A.S**  
To proveer servicios desde lo mas profundo.  
NIT. 900.615.008-2

**CC 1116269998**  
TIPO DE DOCUMENTO DE REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS  
**Time NIT. 901167148-7**  
Estampa para n  
**FELICIANO**  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE