


12525



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

768341165601

1er Apellido

2do Apellido

1er nombre

2do Nombre

Tipo de Documento

CCCECRCRCX

Numero de Documento

901167148-7

Tipo de Servicio

Ambulancia Básica

☒

Ambulancia Medicada

☐

Si es persona natural Tipo Servicio

Particular

☐

Servicio Publico

☐

Otro

☐

Cual ?

En vehículo con placa No.

JPR186

Dirección de la empresa o persona que realiza el transporte

CARRERA 43 No 29-05

Teléfono o Celular

3104558132

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

76

Municipio

TULUA

Cód.

834

II. RELACION DE LAS VICTIMAS TRASLADADAS

Tipo de documento permitido

CCCEPA TIRCASMS

Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
CC	38795988	BLANCA	LYDA	TORRES	RAMIREZ

Tipo de evento que suscita la movilización :

Accidente de Tránsito

☒

Evento Catastrófico

☐

Evento Terrorista

☐

III. LUGAR EN QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección

CALLE 27 CON TRANSVERSAL 12

Departamento

VALLE

Cód.

76

Municipio

TULUA

Cód.

834

Zona

☒ X

☐ R

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

03062023

a las

1635

Nombre de la IPS que atendió la víctima

BONSANA IPS S.A.S

NIT

9000615608-2

Código de Habilitación

768340914401

Dirección

CARRERA 32A # 25-53

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

76

Municipio

TULUA

Cód.

834

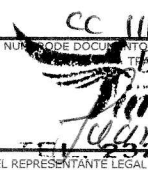
Teléfono

2324409

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro la gravedad del juramento de contenido 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.

Diana Oviedo


NOMBRE 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 DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE



bonsana IPS S.A.S

Te prologamos desde lo mas profundo.

NIT. 900.615.008-2

Total Folios