

120494



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,

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

No. Radicado

RG

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

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 3 0

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
CC	1 1 0 9 5 4 0 8 7 4	DIEGO	ALEJANDRO	COLONIA	TIRADO

Tipo de evento que suscita la movilización :

Accidente de Tránsito

X

Evento Catastrófico

Evento Terrorista

III. LUGAR EN QUE SE RECONE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección

VIA TRES ESQUINAS FRENTE A LA PETAR

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

7 6

Zona

U

X

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 victima a esta IPS

El día

0 1 0 6 2 0 2 3

a las

1 0 0 4

Nombre de la IPS que atendió la victima

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, asumiré 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.



SU BIENESTAR EN NUESTRAS MANOS  
NIT 900442930-6

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

Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE

EMERGENCY TIME SAS

NIT. 901167148 - 7

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

REALIZO EL TRANSPORTE

Total Folios

1 2 3