

12746



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha de Entrega No. Radicado
No. Radicado Anterior (respuesta a glosa) 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 Número 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
CC 4 3 4 2 6 3 9 0 **AMPARO** **LOPEZ** **GONZALEZ**
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 40 CON CALLE 28**
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 **1 1 0 7 2 0 2 3** a las **1 9 5 0**
Nombre de la IPS que atendió la víctima **DOLORMED CENTRO INTEGRAL EN MANEJO DE DOLOR S.A.S**
NIT **9 0 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 verdadera y que la misma fue suministrada por la Contraloría General de Finanzas, por el Administrador Fiduciario de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de Finanzas, o por las entidades que produjeron esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.



NIT. 900.442.930-8

Andrés Linares
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

Wendy M.R.
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

1006427748
TIP. 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
TULUA
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS