

12795



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   
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 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 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 ☐ RC ☐ No. Documento **1 1 1 0 6 0 4 7 0 1** Primer Nombre **WILDER** Segundo Nombre **SMITH** Primer Apellido **MARIN** Segundo Apellido **LEON**  
Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de Tránsito ☒ X Evento Catastrófico ☐ Evento Terrorista ☐

III. LUGAR EN QUE SE RECIBE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección **VIA CALI ANDALUCIA KM 91 + 100 SUR NORTE**  
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 víctima a esta IPS

El día **0 2 0 7 2 0 2 3** a las **1 8 4 0**  
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 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.

**Ange Conessa. M.**  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

**DOLOR MEDICO**  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS  
NIT. 900.442.930-6

**100642748**  
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

**EMERGENCY TIME SAS**  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA PRESTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE  
EL 232 8580 TULUA V.

Total Folios