

12701



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN 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 ☐
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
CE	2 8 0 9 3 9 7 5	LEANDRO	MIGUEL	ORTEGA	MARTINEZ

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 28 A FRENTE A CANCHA PARAISO**
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 victima a esta IPS
El día **0 3 0 7 2 0 2 3** a las **1 3 2 9**
Nombre de la IPS que atendió la victima **DOLOR MED**
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.

Angie Vanessa M
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

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

11006427748
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS
EMERGENCY TIME SAS
Juan Pineda
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE
EL 29-07-2007 TULUA V.