



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 Público

☐

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 TE RC AS MS

Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
CC	1 1 1 6 2 3 4 0 2 5	LADY	CAROLINA	SUAZA	PEREZ

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 28 FRENTE 27 - 56

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 8 1 1

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 verdadera y que la misma es la que se presenta a 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 para que se proceda a 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.



NIT. 900.442.930-6

André Castro M.

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

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 TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE PRESTO EL SERVICIO DE TRANSPORTE

232 80 80 TULUA

Total Folios