

T012223



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

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 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 1 6 2 6 8 6 9 8	XIOMARA		JIMENEZ	HOLGUIN

Tipo de evento que suscita la movilización :

Accidente de Tránsito

X

Evento Catastrófico

☐

Evento Terrorista

☐

## III. LUGAR EN QUE SE COGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección

CARRERA 35 CALLE 29

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

0 5 0 7 2 0 2 3

a las

1 4 3 6

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 Uuestra*  
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  
SU BIENESTAR EN NUESTROS CUIDADOS  
NIT. 900.442.930-6

1006 427748-  
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS

*Emergency Time*  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZA EL TRANSPORTE  
TEL. 232 80 80 TULUA V.

Total Folios