



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS - 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 Número de Documento: **9 0 1 1 6 7 1 4 8 - 7**

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica ☒ 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 VÍCTIMAS 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 0 0 7 7 5 7 0 2 9	JHONATAN	DANIEL	RODRIGUEZ	MARTINEZ

Tipo de evento que suscita la movilización: Accidente de Tránsito ☒ Evento Catastrófico ☐ Evento Terrorista ☐

III. LUGAR EN QUE SE RECIBE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS

Dirección: **TRANSVERSAL 12 CON 26 C**  
Departamento: **VALLE DEL CAUCA** Cód. **7 6** Zona ☒ X ☐ R  
Municipio: **TULUA** Cód. **8 3 4**

IV. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VÍCTIMAS

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 7 0 7 2 0 2 3** a las **1 8 1 9**  
Nombre de la IPS que atendió la víctima: **CLINICA MARIANGEL DUMIAN MEDICAL**  
NIT: **8 0 5 0 2 7 7 4 3 - 1** Código de Habilitación: **7 6 8 3 4 0 9 1 4 4 0 1**

Dirección: **CARRERA 40 CON CALLE 26 ESQUINA**  
Departamento: **VALLE DEL CAUCA** Cód. **7 6** Teléfono: **2 3 1 7 4 3 0**  
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 Finanzas, por el Administrador Fiduciario de Solidaridad y Garantía FOSYGA, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de Colombia, por lo tanto, 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.

Nombre del Representante Legal o Persona Responsable para Trámite de Admisiones de la IPS

Firma del Representante Legal o Persona Responsable para Trámite de Admisiones de la IPS

Tipo y Número de Documento del Representante Legal o Persona Responsable para Trámite de Admisiones de la IPS

**EMERGENCY TIME SAS**  
Firma del Representante Legal de la Empresa Transportadora o de la Persona Natural que Realizó el Transporte  
TEL 232 80 80 TULUA V.

CLINICA  
MARIANGEL  
NIT 805.027.743 - 1  
FACTURACIÓN SOAT

Total Fojos