

12730



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 0 0 1 9 7 9 1 5 8	ANGIE	CHARIT	SIERRA	LONDOÑO

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

III. LUGAR EN QUE SE COGGE LA VICTIMA O VICTIMAS

Dirección **CALLE 25 CON CARRERA 20**
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 6 0 7 2 0 2 3** a las **1 3 5 6**
Nombre de la IPS que atendió la victima **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.

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

DOLORMED
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS
SU BIENESTAR EN NUESTRAS MANOS
NIT. 900.442.930-6

006 427 748
TITULO NUMERO DE DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS
EMERGENCY TIME S.A.S
NIT. 901167148-7
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE