



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS - 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 5 8 1 3 2

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

7 6

Municipio

TULUA

Cód.

8 3 4

II. RELACION DE LAS VÍCTIMAS TRASLADAS

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 4 7 6 0 0	ANGGY	VIVIANA	BARRERA	CALAMBAS

Tipo de evento que suscita la movilización :

Accidente de Tránsito

X

Evento Catastrófico

☐

Evento Terrorista

☐

III. LUGAR EN QUE SE RECIBE LA VÍCTIMA O VÍCTIMAS

Dirección

CARRERA 18 ENTRE 25 - 26

Departamento

VALLE DEL CAUCA

Cód.

7 6

Zona

X

R

Municipio

TULUA

Cód.

8 3 4

IV. CERTIFICACION 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

0 7 0 7 2 0 2 3

a las

0 8 3 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 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.

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

— NIT. 900.442.930-6 —

Total Folios