

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.**

**INSTRUCTIVO – FORMATO FURIPS**

**Nota:** Este formato aplica para la presentación de reclamaciones de prestadores de servicios de salud para cada víctima de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito, en original y verificando que las copias sean legibles al igual que el original.

**Instrucciones Generales:**

- Se debe diligenciar en forma individual para cada paciente y reclamación que se va presentar, siempre y cuando los servicios reclamados sean diferentes a los anteriormente presentados.
- Se debe diligenciar en original en forma clara, sin enmendaduras verificando que las copias sean legibles al igual que el original.

El original se presentará al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos catastróficos y Accidentes de Tránsito. La copia se debe archivar en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, junto con los demás documentos correspondientes a los servicios prestados al paciente, historia clínica.

El presente formato debe presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.

**RADICACIÓN**

- Fecha de Radicación Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- Número de Radicación Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- No. Radicado Anterior. Campo diligenciado por el prestador de servicios de salud en los casos en que la presentación corresponda a una reclamación por pago parcial o respuesta a glosa, escriba el radicado dado por el Consorcio en la primera presentación. Para este caso debe marcarse el espacio RG (respuesta a glosa)
- Nro Factura / Cuenta de cobro Campo diligenciado por el prestador de servicios de salud con el consecutivo interno dado por ésta a la reclamación.

**I. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.**

Razón Social: Escriba el nombre o razón social del Prestador de Servicios de Salud

Código de inscripción de habilitación del Prestador: Escriba el código del prestador asignado por la Dirección Departamental o Distrital de Salud conforme a las normas vigentes, al realizar la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Número de Nit: Escriba el número de NIT registrando en cada casilla un número y el dígito de verificación sin incluir guión ni otro separador.

Formulario Unico de Reclamaciones de los Prestadores de Servicios de Salud por Servicios Prestados a Víctimas de Eventos Catastróficos y Accidente de Tránsito.

Resolución 01915 28 MAY 2008

## II DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escriba los nombres y apellidos de la víctima de forma legible en cada una de las casillas diseñadas para cada campo.

Tipo de Documento de Identidad: Marque con una X el tipo de documento, según corresponda.

CC = Cedula de Ciudadanía.  
 CE = Cedula de Extranjería.  
 PA = Pasaporte.  
 TI = Tarjeta de Identidad.  
 RC = Registro Civil.  
 AS = Adulto sin identificación  
 MS = Menor sin identificación

Si el Tipo de documento es AS o MS se debe registrar el número de acuerdo con lo definido en la Resolución 812 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, para población especial afiliada al SGSSS así:

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianatos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + <b>S+</b> consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 <b>S</b> 8125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + <b>I+</b> consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001 <b>I</b> 8125
Población indigente adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + <b>D</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001 <b>D</b> 0008
Población infantil a cargo del ICBF.	MS	10	Departamento + municipio + <b>A</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001 <b>A</b> 0009
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNEC.	MS	10	Código departamento+ código municipio + <b>I+</b> consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 080014 <b>I</b> 8125. NO APLICA PARA MENORES SIN IDENTIFICAR ENTRE CERO (0) Y TREINTA (30) DÍAS DE NACIDOS. SOLO APLICA PARA REGIMEN SUBSIDIADO.
Población indigente menor de edad que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio + <b>D</b> + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001 <b>D</b> 0008
Menor de edad recién nacido vivo sin identificar al infante con edad menor o igual a 30 días.	MS	12	Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). <b>*ESTE TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO LO PUEDEN UTILIZAR TODOS LOS REGÍMENES Y PLANES DE SALUD, MIENTRAS SE REGISTRA EL MENOR ANTE LA RNEC.</b>

En los casos en que la víctima sea persona no afiliada al SGSSS y no tenga identificación, se utilizará el tipo AS (adulto sin identificar) en cuyo caso el nombre de no poder obtenerlo por parte de la institución prestadora de servicios corresponderá a persona no identificada y el numero será: El código del departamento+el del municipio (del lugar donde ocurrió el evento)+NN+historia clínica del paciente. Ejemplo:

05001NN15257

Número de Documento: Escriba el número de documento de identidad correspondiente a la víctima.

Resolución 01915 28 MAY 2008

Fecha de Nacimiento: Escriba la fecha de nacimiento en el formato día mes año, dd – mm – aaaa.

Sexo: Marque con una X la casilla correspondiente al sexo de la víctima. M para Masculino F para Femenino.

Dirección, Teléfono, Departamento y Municipio de Residencia. Diligencie los datos de ubicación de la víctima

Condición del Accidentado: Marque con una X la casilla correspondiente, cuando se trate de accidente de tránsito.

### III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

Tipo de Evento: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de Evento (Evento Catastrófico, Accidente de Tránsito)

Evento Catastrófico: Si marco el tipo de Evento como Catastrófico, marque con una X la casilla correspondiente al evento si es Natural: Sismo, Maremoto, Erupciones Volcánicas, Huracán, Inundaciones, Avalancha, Deslizamiento de Tierra e incendio natural. Si es terrorista marque: Explosión, Mina Antipersonal, Masacre, combate, incendio terrorista y Ataques a Municipios.

En el evento que se presente una aclaración de glosa por concepto de atención a población desplazada, se deberá marcar como se indica en el anexo técnico.

Dirección donde ocurrió el accidente, Departamento, Municipio, Teléfono: Escribir con claridad los datos de ubicación del evento o accidente de tránsito. Para la dirección del accidente, sólo se admite lugar cuando en el sitio no existe nomenclatura.

Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la Zona U= Urbana, R= Rural

Fecha y Hora del Accidente o Evento: Escribir la fecha en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas, ejemplo:

20 de noviembre de 2005 a la 1:52 p.m.

D D M M A A A A

Fecha Accidente 

2	0	1	1	2	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---

H H M M

Hora 

1	3	5	2
---	---	---	---

Descripción Breve: Escriba las principales características del Evento o Accidente.

### IV. DATOS DEL VEHÍCULO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

**Diligencie esta información únicamente cuando la reclamación sea por Accidente de Tránsito. Para todos los casos la fuente de información será la que se tome de la tarjeta de propiedad del vehículo, con excepción del número de póliza.**

Estado de Aseguramiento del Vehículo: Marcar con X de acuerdo a lo correspondiente: Carro Fantasma, si el vehículo que ocasionó el accidente no está identificado o se fugó del sitio del accidente.

-Asegurado: Si en el momento del accidente existe póliza de seguro.

## Resolución 01915 28 MAY 2008

- No Asegurado: Si no existe póliza de seguro o si la póliza está vencida
- Carro fantasma: Cuando los datos del vehículo no pueden ser registrados.
- Póliza falsa: Si en el momento del accidente presenta póliza falsa.
- Vehículo en fuga: Si en el momento del accidente, el carro involucrado se da a la fuga, pero se logra obtener el número de la placa de dicho vehículo.

**Marca:** Utilizar el espacio asignado escribiendo con claridad la marca del vehículo involucrado en el accidente.

**Número de Placa:** Escribir en cada una de las casillas con claridad las letras y los números de la placa del vehículo involucrado en el accidente. No se debe registrar guiones, asteriscos, ni información diferente a letras y números.

**Tipo de Servicio:** Marque con una X el servicio del vehículo involucrado en el accidente de acuerdo con el Código Nacional de Tránsito Terrestre Ley 769 de 2002, a saber:

**Vehículo de servicio particular:** Vehículo automotor destinado a satisfacer las necesidades privadas de movilización de personas, animales o cosas.

**Vehículo de servicio público:** Vehículo automotor homologado, destinado al transporte de pasajeros, carga o ambos por las vías de uso público mediante el cobro de una tarifa, porte, flete o pasaje.

**Vehículo de servicio oficial:** Vehículo automotor destinado al servicio de entidades públicas.

**Vehículo de emergencia:** Vehículo automotor debidamente identificado e iluminado, autorizado para transitar a velocidades mayores que las reglamentadas con objeto de movilizar personas afectadas en salud, prevenir o atender desastres o calamidades, o actividades policiales, debidamente registrado como tal con las normas y características que exige la actividad para la cual se matricule.

**Vehículo de servicio diplomático o consular:** Vehículo automotor destinado al servicio de funcionarios diplomáticos o consulares.

**Vehículo de transporte masivo:** Vehículo automotor para transporte público masivo de pasajeros, cuya circulación se hace por carriles exclusivos e infraestructura especial para acceso de pasajeros.

**Vehículo escolar:** Vehículo automotor destinado al transporte de estudiantes, debidamente registrado como tal y con las normas y características especiales que le exigen las normas de transporte público.

**Código de la Aseguradora:** Corresponde a la compañía de Seguros que expidió la póliza. El código asignado a la misma, deberá diligenciarse de acuerdo con la siguiente codificación:

CODIGO	NOMBRE DE ASEGURADORA
AT1301	Colseguros
AT1306	Seguros Colpatria
AT1307	Agrícola de Seguros
AT1309	Central de Seguros
AT1315	Roya & Sun Alliance seguros
AT1317	Mundial de seguros
AT1318	Compañía Suramericana de seguros
AT1324	La Previsora S.A.
AT1329	Seguros del Estado
AT1333	Liberty Seguros

Resolución 01915 28 MAY 2008

Número de la Póliza: Escribir claramente el número de la póliza. La fuente de información para este caso será la que se tome del SOAT.

Fecha de Vigencia de Póliza: El formato de la fecha es de día, mes y año.

Intervención de autoridad: Marque con X de acuerdo a lo que corresponda.

Hubo otros Vehículos involucrados y Cuántos: Diligencie los campos de identificación de los otros vehículos como un nuevo registro únicamente dentro del anexo técnico.

Marca Placa, Póliza Si hubo otros vehículos involucrados diligencie los datos correspondientes a marca, placa y póliza de los otros vehículos.

Cobro Excedente Póliza: Se debe especificar si la reclamación corresponde a un cobro de excedentes de gastos médicos una vez superado los topes de cobertura reconocidos por las aseguradoras.

#### V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO.

**Para todos los casos la fuente de información será la que se tome de la tarjeta de propiedad del vehículo**

Primer Nombre Propietario, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido: Escribir claramente y en cada casilla los nombres y apellidos del propietario. En el caso que el propietario sea una empresa, escriba la razón social de la misma en el campo designado.

Tipo de Documento Propietario: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC	=	Cedula de Ciudadanía.
CE	=	Cedula de Extranjería.
PA	=	Pasaporte.
NIT	=	Numero
TI	=	Tarjeta de Identidad.
RC	=	Registro Civil.

Número de Documento: Escribir con claridad el número de documento del Propietario.

Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Propietario: Escribir con claridad los datos referentes al domicilio del conductor.

#### VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Primer Nombre Conductor, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido: Escribir claramente y en cada casilla los nombres y apellidos del conductor.

Tipo de Documento Conductor: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC	=	Cédula de Ciudadanía.
CE	=	Cédula de Extranjería.
PA	=	Pasaporte.
TI	=	Tarjeta de Identidad.
AS	=	Adulto sin identificar

Para el caso del tipo AS, debe tenerse en cuenta lo definido en la Resolución 812 de 2007 para la población especial afiliada al SGSSS así:

**Resolución 01915 28 MAY 2008**

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	Longitud Máxima del dato	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código departamento+ código municipio + <b>S</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001 <b>S</b> 8125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + <b>I</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001 <b>I</b> 8125
Población indigente adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio + <b>D</b> + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001 <b>D</b> 0008

En los casos en que la víctima sea persona no afiliada al SGSSS y no tenga identificación, se utilizará el tipo AS (adulto sin identificar) en cuyo caso el nombre de no poder obtenerlo por parte de la institución prestadora de servicios corresponderá a persona no identificada y el numero será: El código del departamento+el del municipio (del lugar donde ocurrió el evento)+NN+historia clínica del paciente. Ejemplo:

05001NN15257

Número de Documento: Escribir con claridad el número de documento del conductor.

Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Conductor: Escribir con claridad los datos referentes al Domicilio del Conductor.

**VII. DATOS DE REMISION.**

Tipo de Referencia: Marque con X el tipo de referencia de acuerdo con las opciones del formulario:

**REMISIÓN:** Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

Orden de servicio: Solo aplica si el paciente remitido regresa a la institución remitente. Para los casos en que los pacientes requieran de servicios actividades o procedimientos no habilitados en la institución.

Fecha de remisión: El formato de la fecha es de día, mes y año y la hora en formato 24 horas.

Ejemplo

D D M M A A A A

**Fecha Accidente**

2	0	1	1	2	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---

H H M M

**Hora**

1	3	5	2
---	---	---	---

Prestador que remite: Escriba el nombre del IPS que remitió a la víctima del evento o accidente

Profesional que remite: Nombre del funcionario de la IPS y cargo.

Dirección, Departamento, Municipio: Escriba claramente los datos de ubicación de la IPS que remite

Fecha y hora de Aceptación: El formato de la fecha es de día, mes y año y la hora en formato 24 horas.

Resolución 01915 28 MAY 2008

Ejemplo

DDMM AAAA  
**Fecha Accidente**

2	0	1	1	2	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---

HHMM  
**Hora**

1	3	5	2
---	---	---	---

Prestador que Recibe: Escriba nombre de la IPS a donde es remitida la víctimaProfesional que recibe: Nombre del funcionario de la IPS y cargo.**VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA.****Diligenciar esta información cuando el traslado de la víctima lo realiza la misma IPS.**Número de Placa: Escriba el número de placa del vehículo que transporto la víctima.Transportó la víctima desde: Escribir con claridad el lugar o dirección inicial del recorrido. Sólo se admite lugar cuando en el sitio no existe nomenclatura.Transporte la víctima hasta: Escriba con claridad la dirección de la IPS que recibió al paciente.Tipo de Transporte: Marque en la casilla correspondiente el tipo de transporte prestado a la víctima de accidente de tránsito: Ambulancia Básica, Ambulancia Medicalizada.Lugar donde recoge la Víctima: Marque la zona Urbana o Rural.**IX. CERTIFICACION DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO.****La información relacionada con el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, deben presentarse como soporte documental, mediante la epicrisis con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico No 2 de la Resolución 3374 de 2000**Fecha de Ingreso: Escribir la fecha en que ingreso la víctima a la IPS, en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas. Ejemplo:

20 de noviembre de 2005 a las 2:30 p.m.

DDMM AAAA  
**Fecha Ingreso**

2	0	1	1	2	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---

HHMM  
**Hora**

1	4	3	0
---	---	---	---

Fecha de Egreso: Escribir la fecha en que salió la víctima de la IPS, en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas. Ejemplo:

21 de noviembre de 2005 a las 11:30 a.m.

DDMM AAAA  
**Fecha Egreso**

2	1	1	1	2	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---

HHMM  
**Hora**

1	1	3	0
---	---	---	---

**Resolución 01915 28 MAY 2008**

Código diagnóstico principal de Ingreso: Código del Diagnóstico al ingreso del usuario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente.

Otro Código de diagnóstico de ingreso: Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente.

Código de diagnóstico principal de Egreso: Código de diagnóstico de egreso de la víctima, según la clasificación Internacional de enfermedades.

Otro Código de diagnóstico de egreso: Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente.

DATOS DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE. : Diligenciar los datos completos del médico, o profesional de la salud.

**X. AMPAROS QUE RECLAMA**

- Detalle en el anexo técnico uno a uno los valores que conforman el total facturado y reclamado ante el FOSYGA. Para el caso de los servicios médicos y procedimientos utilizar el Manual Tarifario SOAT. Para el caso de los medicamentos utilizar la codificación CUM del INVIMA adscrito al Ministerio de la Protección Social.

- Se incluirá el valor del transporte primario realizado por la misma IPS, de acuerdo con la tarifa definida en el Manual Tarifario SOAT, y que corresponde a la información diligenciada en el numeral VI. (Amparo de transporte y movilización de la víctima)

**XII. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.**

Nombre y Firma: Diligenciar los datos de nombre completo del Representante legal, Gerente o el delegado por este mediante acto administrativo con la respectiva firma de la reclamación.