



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO **001136** DE 2012

( 18 MAY 2012 )

Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008

**LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades, en especial, las conferidas por los artículos 3 y 4 del Decreto 3990 de 2007 y,

**CONSIDERANDO:**

Que mediante Decreto 3990 de 2007 se reglamentó la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, se establecieron las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas y las condiciones generales del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT.

Que en sus artículos 3º y 4º se reguló lo correspondiente a la acción para reclamar a la entidad aseguradora o a la subcuenta Ecat del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA las indemnizaciones por las coberturas otorgadas y la necesidad de acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, paralelo con lo cual, se facultó al entonces Ministerio de la Protección Social para establecer los formularios en los que se debe presentar la respetiva reclamación.

Que fue así como por Resolución No. 1915 de 2008, se adoptaron dichos formularios y entre otros, el denominado "*Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos –FURIPS-*".

Que el artículo 6 del Decreto-Ley 0019 de 2012, señaló que los trámites establecidos por las autoridades deberán ser sencillos, eliminarse toda la complejidad innecesaria y que los requisitos exigidos a los particulares deberán ser racionales y proporcionales a los fines que se persigue cumplir.

Que en consecuencia, se hace necesario adicionar un inciso al párrafo 3 del artículo 4 de la Resolución 1915 de 2008, en el sentido de indicar que las reclamaciones presentadas por las IPS, encaminadas al reconocimiento de indemnizaciones por servicios médicos quirúrgico, serán devueltas en el evento de que no sean diligenciados los campos obligatorios del Formulario Único de Reclamación por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en

244

872

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos—**FURIPS**—, conforme a la modificación del instructivo para su diligenciamiento que se efectúa con la presente resolución.

Que en mérito de lo expuesto

**RESUELVE:**

**Artículo 1.** Modifícase el párrafo 3 del artículo 4 de la Resolución 1915 de 2008, en el sentido de adicionar un inciso, el cual quedará así:

*"**PARÁGRAFO 3º** A partir del 1 de septiembre de 2008 y en el evento de no cumplir con el completo diligenciamiento de los formularios adoptados en la presente resolución, así como de los anexos técnicos y la presentación de todos los soportes, las solicitudes serán devueltas a la entidad o persona natural reclamante. En estos casos, la devolución por parte del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA se hará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la radicación de la reclamación.*

*Tratándose de reclamaciones de indemnización por servicios médico – quirúrgicos presentadas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, se procederá a su devolución en el evento de que no cumplan con el diligenciamiento de los campos obligatorios del Formulario Único de Reclamación de los Prestadores de Servicios de Salud por Servicios Prestados a Víctimas de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – **FURIPS**; el diligenciamiento de sus anexos y cuando no se presenten todos los soportes."*

**Artículo 2.** Modifícase el instructivo de diligenciamiento del "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**" contenido en el Anexo Técnico que forma parte integral de la Resolución 1915 de 2008, el cual quedará como lo señala el anexo técnico de la presente resolución.

**Artículo 3.** Las modificaciones del instructivo de diligenciamiento del "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**", que se efectúan a través de la presente resolución, se aplicarán a:

1. Las reclamaciones de indemnización por servicios médico quirúrgicos presentadas ante el FOSYGA con posterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución, así como las presentadas con anterioridad respecto de las cuales no se haya culminado el proceso de auditoría.
2. Las reclamaciones presentadas con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución que hayan sido glosadas y cuya

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

contestación a glosa se presente con posterioridad a su entrada en vigencia.

**Artículo 4.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica en lo pertinente tanto el parágrafo 3 del artículo 4 de la Resolución 1915 de 2008 como su anexo técnico.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D.C., a los 16 MAY 2012

  
**BEATRIZ LONDOÑO SOTO**  
Ministra de Salud y Protección Social

2/24

2/24

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

## ANEXO TÉCNICO

### INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FURIPS

#### I. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FURIPS

#### FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

#### INSTRUCTIVO – FORMATO FURIPS

**Nota:** Este formato aplica para la presentación de reclamaciones de prestadores de servicios de salud, el cual deberá ser diligenciado por cada víctima de Evento Catastrófico o de Accidente de Tránsito.

#### I. INSTRUCCIONES GENERALES

- a) 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.
- b) Se debe diligenciar en original en forma clara y sin enmendaduras.
- c) El original del formulario junto con sus soportes se presentará al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, o a la entidad que el Ministerio de Salud y Protección Social determine para tal efecto y una copia se archivará en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, junto con las copias de los demás documentos correspondientes a los servicios prestados al paciente y con la historia clínica.
- d) El presente formato debe presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.

#### II. RADICACIÓN

- **Fecha de Radicación.** Campo diligenciado por el FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- **Número de Radicación.** Campo diligenciado por el FOSYGA o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **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. Debe escribirse el radicado dado por el FOSYGA en la primera presentación. Para este caso debe marcarse el espacio RG (respuesta a glosa). Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando corresponda.
- **No. Factura/Cuenta de cobro.** Campo diligenciado por el prestador de servicios de salud con el consecutivo interno dado por ésta a la reclamación. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

### III. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

**Razón Social:** Escriba el nombre o razón social del Prestador de Servicios de Salud. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

**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. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

**Número de Nit:** Escriba el número de NIT registrando en cada casilla un número y el dígito de verificación sin incluir guion ni otro separador. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

### IV. DATOS DE LA VÍCTIMA

**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. Estos campos son de obligatorio diligenciamiento.

**Tipo de Documento de Identidad:** Este campo es de obligatorio diligenciamiento. Marque con una X el tipo de documento, según corresponda:

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

En los casos en que la víctima sea persona no afiliada al SGSSS, no tenga identificación y no sea posible obtener la misma por parte de la institución prestadora de servicios de salud, su identificación corresponderá al tipo AS (adulto sin identificar) o MS (menor sin identificar) según sea el caso y su

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

número se señalará así: Código del departamento + código del municipio (del lugar donde ocurrió el evento) + NN + historia clínica del paciente. Ejemplo: 05001NN15257, de conformidad con la siguiente tabla:

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 + S+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico) Ej. 00001S9125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento + código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4) Ej. 75001I8125
Población indígena adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Departamento + municipio + ID + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4) Ej. 05001I0000
Población infantil a cargo del ICBF	MS	10	Departamento + municipio + EA + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4) Ej. 25001A0000
Comunidad indígena menor de edad no identificada por la RNLC.	MS	10	Código departamento + código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4) Ej. 08001I0125 NO APLICA PARA MENORES SIN IDENTIFICAR ENTRE CERO (0) Y TREINTA (30) DIAS DE NACIDOS SOLO APLICA PARA REGIMEN SUBSIDIARIO
Población indígena menor de edad que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	MS	10	Departamento + municipio + ID + consecutivo por afiliado (4 digitos) Ej. 05001D0000
Menor de edad (cien nacido vivo) sin identificada 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 NUMERO DE DOCUMENTO LO PUEDE UTILIZAR TODOS LOS REGIMENES Y PLANES DE SALUD, MIENTRAS SE REGISTRA EL MENOR ANTE LA RNLC.</b>

**Número de Documento:** Escriba el número de documento de identidad correspondiente a la víctima. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

**Fecha de Nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento en el formato día mes año, dd – mm – aaaa. Si su solicitud es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento

**Sexo:** Marque con una X la casilla correspondiente al sexo de la víctima. M para Masculino F para Femenino. Si su solicitud es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento

**Dirección, Teléfono, Departamento y Municipio de Residencia.** Diligencie los datos de ubicación de la víctima. Si su solicitud es ante el FOSYGA estos campos no son de obligatorio diligenciamiento.

**Condición del Accidentado:** Marque con una X la casilla correspondiente, cuando se trate de accidente de tránsito. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

**Tipo de Evento:** Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de Evento (Evento Catastrófico, Accidente de Tránsito). Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

**Evento Catastrófico:** Si marcó 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. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

**Evento terrorista.** Si marcó el tipo de evento como evento terrorista marque: Explosión, Mina Antipersonal, Masacre, combate, incendio terrorista y Ataques a Municipios. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

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. Este campo es de obligatorio diligenciamiento excepto el del número telefónico.

**Zona:** Marque con una X la casilla correspondiente a la Zona U= Urbana, R= Rural. Si su reclamación es ante el FOSYGA esta casilla no es de obligatorio diligenciamiento.

**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: si el accidente ocurrió el 20 de noviembre de 2005 a la 1 y 15 de la tarde debe diligenciar así: 20112005 a las 1315 horas.

**Descripción Breve:** Escriba las principales características del Evento o Accidente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

#### VI. DATOS DEL VEHÍCULO DE ACCIDENTE 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:** Este campo es de obligatorio diligenciamiento. 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 sin ser identificado o cuando los datos del vehículo no pueden ser registrados.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

Asegurado, si en el momento del accidente existe póliza de seguro.

- No Asegurado: Si no existe póliza de seguro o si la póliza está vencida
- 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. Si su reclamación es ante el Fosyqa este campo no es obligatorio.

**Número de Placa:** En caso de tenerla 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 deben registrar guiones, asteriscos, ni información diferente a letras y números. Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado, Póliza falsa o Vehículo en Fuga.

**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.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **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.

Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado, Póliza falsa

**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:

**CÓDIGO NOMBRE DE ASEGURADORA**

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

Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado.

**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. Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado.

**Fecha de Vigencia de Póliza.** El formato de la fecha es de día, mes y año. Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado.

**Intervención de autoridad.** Marque con X de acuerdo a lo que corresponda. Si su reclamación es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento.

**Hubo otros Vehículos involucrados y cuántos:** Diligencie los campos de identificación de los otros vehículos como un nuevo registro únicamente dentro del anexo técnico. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

**Marca, Placa, Póliza Si hubo otros vehículos involucrados.** Diligencie los datos correspondientes a marca, placa y póliza de los otros vehículos. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

**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. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

#### VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO.

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

➤ **Primer Nombre del 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. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

➤ **Tipo de Documento Propietario:** Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa. Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cédula de Ciudadanía.

CE = Cédula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

NIT = Número

TI = Tarjeta de Identidad.

RC = Registro Civil.

➤ **Número de Documento:** Escribir con claridad el número de documento del Propietario. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

➤ **Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Propietario.** Escribir con claridad los datos referentes al domicilio del conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

#### VIII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

➤ **Primer Nombre Conductor, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido:** Escribir claramente y en cada casilla los nombres y apellidos del conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

➤ **Tipo de Documento Conductor:** Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

**Póliza falsa.** 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

En los casos en que sea persona no afiliada al SGSSS, no tenga identificación y no sea posible obtener la misma por parte de la institución prestadora de servicios de salud, su identificación corresponderá al tipo AS (adulto sin identificar) o MS (menor sin identificar) según sea el caso y su número se señalará así: Código del departamento + código del municipio (del lugar donde ocurrió el evento) + NN + historia clínica del paciente. Ejemplo: 05001NN15257, de conformidad con la siguiente tabla:

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 + S+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4) Ej. 0800158125
Comunidad Indígena que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil	AS	10	Código departamento+ código municipio + I+ consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4) Ej. 7600118125
Población indígena adulta que no este identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Departamento + municipio +D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej. 05001D0008

- **Número de Documento:** Escribir con claridad el número de documento del conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y póliza falsa.
- **Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Conductor:** Escribir con claridad los datos referentes al Domicilio del Conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado y Póliza falsa.

#### IX. DATOS DE REMISIÓN.

**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. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar
- **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. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **Fecha y hora de remisión:** El formato de la fecha es de día, mes y año y la hora en formato 24 horas. Ejemplo si la remisión se presentó el 20 de noviembre de 2011 a 1 y 52 de la tarde, se debe diligenciar: **Fecha Accidente 2 0 1 1 2 0 0 5 Hora 1 3 5 2.** Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento, la fecha es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.
- **Prestador que remite:** Escriba el nombre del IPS que remitió a la víctima del evento o Accidente. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Profesional que remite:** Nombre del funcionario de la IPS y cargo. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Dirección, Departamento, Municipio:** Escriba claramente los datos de ubicación de la IPS que remite. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Fecha y hora de Aceptación:** El formato de la fecha es de día, mes y año y la hora en formato 24 horas. Ejemplo si la aceptación ocurrió el 20 de noviembre de 2011 a la 1 y 52 debe diligenciarse así: **Fecha Aceptación 2 0 1 1 2 0 0 5 Hora 1 3 5 2.** Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento, el campo correspondiente a la fecha si es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.
- **Prestador que Recibe:** Escriba nombre de la IPS a donde es remitida la víctima. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Profesional que recibe:** Nombre del funcionario de la IPS y cargo. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

#### X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA.

Diligenciar esta información cuando el traslado de la víctima lo realiza la misma IPS que prestó los servicios de salud.

- **Número de Placa:** Escriba el número de placa del vehículo que transportó 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. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **Transporte la víctima hasta:** Escriba con claridad la dirección de la IPS que recibió al paciente. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Tipo de Transporte:** Marque en la casilla correspondiente el tipo de transporte prestado a la víctima de accidente de tránsito: Ambulancia Básica, Ambulancia Medicalizada. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- **Lugar donde recoge la Víctima:** Marque la zona Urbana o Rural. Si su reclamación es ante el FOSYGA este campo no es de obligatorio diligenciamiento.

#### XI. CERTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

El resumen de la historia clínica del paciente debe 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: si la víctima ingresó el 20 de noviembre de 2005 a las 2:30 de la tarde, se debe diligenciar **Fecha Ingreso 2 0 1 1 2 0 0 5 Hora 1 4 3 0**. Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento.
- **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: si la víctima salió del servicio médico el 21 de noviembre de 2005 a las 11:30 de la mañana, debe diligenciarse así, **Fecha Egreso 2 1 1 1 2 0 0 5 Hora 1 1 3 0**. Si su reclamación es ante el FOSYGA el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento.
- **Código diagnóstico principal de Ingreso:** Código del Diagnóstico al ingreso del usuario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.
- **Otro Código de diagnóstico de Ingreso:** Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento, cuando corresponda.
- **Código de diagnóstico principal de Egreso:** Código de diagnóstico de egreso de la víctima, según la clasificación Internacional de enfermedades. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1915 de 2008"

- **Otro Código de diagnóstico de egreso:** Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando corresponda.
- **Datos del médico o profesional de la salud tratante:** Diligenciar los datos completos del médico, o profesional de la salud. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

## XII. 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)

## XIII. 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. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.