

RAD 2022-00025-00 CONTESTACIÓN DEMANDA

Luisa Sanchez <Luisa.Sanchez@laequidadseguros.coop>

Miércoles 13/09/2023 16:12

Para: Juzgado 11 Civil Municipal - Atlántico - Barranquilla <cmun11ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: orherles@gmail.com <orherles@gmail.com>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

Contestación dda.pdf; furips.zip;

Señores:

Juzgado Once Civil Municipal Oral de Barranquilla

E. S. D.

Referencia: Contestación Verbal de Menor cuantía
Demandante: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.
Demandado: La Equidad Seguros Generales O.C.
Radicado: 2022-00025-00

ANEXO:

 [OBJECIONES Y SOPORTES](#)

Cordialmente,

Luisa Fernanda Sanchez Zambrano | Abogada Distrito VI – Dirección Legal y Judicial.

☎ (57-5) 3564216 | 📍 Dirección Calle 74 #56-36 Local 101 | Horario de Atención: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

✉ luisa.sanchez@laequidadseguros.coop | 🌐 www.laequidadseguros.coop | Barranquilla – Colombia



 Antes de imprimir, piense en su compromiso con el medio ambiente

Barranquilla, 11 de septiembre de 2023

Señores:

Juzgado Once Civil Municipal Oral de Barranquilla

E. S. D.

Referencia: Contestación Verbal de Menor cuantía
Demandante: CLINICA ALTOS DE SAN VICENTE S.A.S.
Demandado: La Equidad Seguros Generales O.C.
Radicado: 2022-00025-00

LUISA FERNANDA SANCHEZ ZAMBRANO, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Barranquilla, identificada civil y profesionalmente tal y como aparece al pie de mi correspondiente firma, en mi calidad de apoderada judicial de la llamada en garantía **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O. C.**, según Escritura Pública N°103 de la Notaría 10 de Bogotá, respetuosamente me dirijo a usted a fin de dar contestación de la Demanda dentro del asunto de la referencia, y estando dentro del término procesal respectivo, lo anterior, lo hago en los siguientes términos:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

En cuanto a las pretensiones de la demanda nos oponemos a cualquier declaración de pago por parte de mi mandante, como quiera que la demanda carece de fundamento factico y jurídico que atribuya obligación alguna en contra de mi representada, solicito que mediante sentencia de mérito se denieguen todas y cada una de las pretensiones y se condene en costas a la parte demandante tal y como lo establecen los art. 365 y 366 C.G.P.

II. PRONUNCIAMIENTO EN CUANTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

En cuanto a los hechos de la demanda, me pronuncio de la siguiente manera y enumerándolos de la misma forma que el apoderado demandante lo hace en su escrito de demanda:

Barranquilla | Calle 74 # 56-36 local 101 | 356 4216



Línea Segura Nacional
018000 919538

324 | www.laequidadseguros.coop

Síguenos en:
   



HECHO PRIMERO: No es un hecho que podamos negar o afirmar. Se trata de circunstancias relacionadas con la ubicación y servicios prestados por la clínica demandante.

HECHO SEGUNDO: No es un hecho que podamos negar o afirmar. Se trata de circunstancias relacionadas con la normatividad dispuesta para atención médica a pacientes víctimas de accidentes de tránsito, con cargo a pólizas SOAT.

HECHO TERCERO: Es cierto, lo relacionado con la prestación de servicio de salud a personas víctimas de accidente de tránsito que se encuentren amparado bajo pólizas SAOAT expedida por mi representada. No obstante, teniendo en cuenta que no nos constan las atenciones prestadas para cada caso en concreto, se procede con el estudio las facturas cobradas a efectos de verificar pertinencia y otros asuntos relacionados con su procedencia, encontrando en las facturas relacionadas con esta demanda que en su mayoría se trata de atención con pólizas prestadas o de personas que no sufrieron accidente de tránsito, por lo que así reposa en las glosas frente a cada factura.

HECHO CUARTO: Se relaciona más de aspecto en el presente numeral por lo que nos referiremos a cada uno en forma separada.

Es cierto que mi representada ha recibido reclamaciones por parte de la entidad demandante como consecuencia de atenciones médicas a pacientes víctimas de accidente de tránsito con cargo a póliza SOAT expedidas por esta aseguradora.

Lo demás aspectos expuestos no son hechos que podamos negar o afirmar pues son circunstancias relacionados con los términos de presentación de las reclamaciones de pago, y el supuesto cumplimiento de las normas que regulan estos eventos, todo lo anterior resulta objeto de debate dentro del proceso.

HECHO QUINTO: Es cierto que las facturas relacionadas en el numeral anterior fueron glosadas por diversos aspectos que serán expuestos dentro de las excepciones.

Sea del caso recordar que, la presentación de la factura no se entiende como aceptación de pago por parte de las aseguradoras sin previa verificación de los conceptos cobrados, de hecho, en el sello de recibido se indica "DOCUMENTOS RECIBIDOS PARA ESTUDIO". Por lo que las reclamaciones pueden ser objetadas de encontrarse inconsistencias, teniendo el reclamante la oportunidad de subsanarlo si a bien lo tiene, a fin de proceder con el pago si a ello hubiere lugar.



HECHO SEXTO: Es cierto, sin embargo, teniendo en cuenta los motivos de objeción, en su mayoría se trata de circunstancias no subsanables.

HECHO SÉPTIMO: No es un hecho que podamos negar o afirmar. Se trata de argumentaciones jurídicas por parte del apoderado demandante.

HECHO OCTAVO: No es un hecho que podamos negar o afirmar. Se trata de argumentaciones jurídicas por parte del apoderado demandante.

HECHO NOVENO: No es un hecho que podamos negar o afirmar. Se trata de argumentaciones jurídicas y subjetivas por parte del apoderado demandante.

III. GENERALIDADES SOBRE LAS RECLAMACIONES DE INSTITUCIONES DE SALUD CON BASE EN UNA PÓLIZA SOAT

En primer lugar, es importante destacar que es posible ni fáctica ni jurídicamente para el señor Juez declarar la existencia de obligaciones a cargo de la aseguradora, porque para tales efectos se requiere de cierta información y pruebas que el demandante no ha suministrado, y que el Juez no puede suplir, tal como lo explicamos a continuación.

La demandante solicitó el pago en cuantía de \$41.958.732 que corresponden a valores de las facturas por la atención de pacientes lesionados con ocasión de accidentes de tránsito con cargo a Pólizas SOAT expedidas por la aseguradora demandada, mas \$46.835.000 por supuestos intereses moratorios.

Pues bien, ante ello debemos aclarar que, la acción judicial escogida por el actor le exige cumplir con la carga de la prueba que le compete, demostrando la presencia de todos los elementos que son necesarios para el pago de la suma pretendida.

Ahora bien, las disposiciones reglamentarias del contrato de Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, SOAT, exigen, para efectos de reconocer obligaciones a cargo de la aseguradora que lo haya expedido, la satisfacción de ciertos y determinados requisitos.

En consecuencia, para efectos de obtener el reconocimiento de sus pretensiones la Clínica Altos de San Vicente S.A.S. debe PROBAR el cumplimiento de todos y cada uno de esos requisitos legales contenidos en las normas pertinentes.

A contrario sensu, si la demandante no demuestra la satisfacción de los presupuestos legalmente exigidos, el señor Juez no podrá reconocer la existencia de las obligaciones pretendidas, por carencia de los elementos de juicio necesarios para realizar este análisis.

Así las cosas, corresponde identificar esos presupuestos y requisitos a fin de verificar si en nuestro caso concreto la demandante satisface plenamente la carga de la prueba, respecto de cada una de las pretensiones acumuladas en la demanda.

Para desarrollar este planteamiento, se hace necesario en principio consultar las disposiciones legales reglamentarias del contrato de seguro obligatorio de accidente de tránsito, SOAT, a fin de verificar los presupuestos legales exigidos. Fundamentalmente estos requisitos se encuentran consagrados en disposiciones legales que hacen parte de los siguientes cuerpos normativos:

- Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, EOSF, Decreto 663 de 1993.
- Decreto 3990 de 2007;
- Ley 1438 de 2011;
- Decreto 56 de 2015;
- Decreto 780 de 2016.

Así las cosas, procede determinar, con fundamento en las reglamentaciones legales señaladas, cuáles son esos requisitos exigidos para la declaratoria de existencia de obligaciones a cargo de una póliza SOAT, y verificar si tales presupuestos se satisfacen en nuestro caso particular. Veamos:

1.1. Que se presente una Reclamación

El primer presupuesto, cuyo cumplimiento permite a la compañía de seguros enterarse de la ocurrencia de un siniestro con cargo a la póliza SOAT por ella expedida, es la presentación de una reclamación formal por parte de la IPS que prestó los servicios de salud.

Ahora bien, esa reclamación debe ser presentada en un formato especial exigido por las autoridades administrativas correspondientes, denominado Formularios FURIP a y b, formato que está diseñado de modo que contenga la información necesaria para que la aseguradora pueda realizar el análisis de la situación y determinar la existencia o no de la obligación, y sus alcances. Para una mayor ilustración de nuestra aseveración, anexo a este memorial adjuntamos el formulario oficial contentivo del esquema de reclamación formal, así como un Manual que contiene las Instrucciones para su diligenciamiento, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es decir, no se trata del cumplimiento de una simple formalidad, sino de la satisfacción de un requisito que tiene propósitos sustanciales, concretos y útiles, en la medida en que suministra los datos necesarios para analizar la situación que generó la atención del paciente, permitiendo de esta manera determinar la existencia o no de la obligación a cargo de la aseguradora.

1.2. Que se demuestre la existencia de un Accidente de Tránsito.



Barranquilla | Calle 74 # 56-36 local 101 | 356 4216



SI YO CAMBIO
CAMBIA EL MUNDO

Línea Segura Nacional
018000 919538



324

www.laequidadseguros.coop



Síguenos en:

Indudablemente al tratarse de un Seguro Obligatorio de ACCIDENTE DE TRANSITO, es requisito sine quanum para su afectación que haya ocurrido un evento de tal naturaleza, constituyendo ésta una primera condición de cobertura de la póliza SOAT.

Así se desprende del contenido de preceptos como los que se transcriben a continuación:

- **Artículo 9° Decreto 56 de 2015. Cobertura.** Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito..., serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smlgv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

- **Artículo 36. Decreto 56 de 2015. Verificación de requisitos.** Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho...

- **Artículo 2° Decreto 3990 de 2007. Beneficios.** Las personas que sufran daños corporales causados en accidentes de tránsito ..., tendrán derecho a los servicios y prestaciones ... con cargo a la entidad aseguradora que hubiere expedido el SOAT... así:

1. **Servicios médicoquirúrgicos.** En el caso de accidentes de tránsito la compañía de seguros... reconocerán una indemnización máxima de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del accidente..."

- **Artículo 4° Decreto 3990 de 2007. Reclamación.** Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso ..., para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, ... "

- **Artículo 5° Decreto 3990 de 2007. Controles.** ... quienes tienen a su cargo el pago de las indemnizaciones a las que se refiere el presente decreto, deberán objetar las reclamaciones en las cuales no se encuentre debidamente demostrada la ocurrencia del hecho o la cuantía de la indemnización o ésta ya se hubiere reconocido..."

- Artículo 194 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Pago de Indemnizaciones

1. Prueba de los daños. En el seguro de que trata este capítulo todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima..."

El contenido de las disposiciones traídas a colación evidencia que el requisito más elemental para efectos de determinar la afectación de una póliza SOAT es que se haya producido un evento traumático calificado como accidente de tránsito.

Ahora bien, la misma normatividad legal reglamentaria del contrato de seguros obligatorio en accidente de tránsito ha contemplado disposiciones que hacen referencia a la forma de demostrar este hecho dañino sin que tales preceptos configuren una suerte de tarifa legal, tal como se desprende de los apartes que se transcriben a continuación:

- Artículo 194 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Pago de Indemnizaciones.

1. Prueba de los daños. En el seguro de que trata este capítulo todo pago indemnizatorio se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima

a) <Literal a) modificado por el artículo 244, numeral 2 de la Ley 100 de 1993. El texto es el siguiente:> A certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario.

b. La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes de tránsito, expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar;

Para la expedición de esta certificación se exigirá la denuncia de la ocurrencia del accidente de tránsito, la cual podrá ser presentada por cualquier persona ante las autoridades legalmente competentes, y

- **Artículo 4º Decreto 3990 de 2007. Reclamación.** Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso... ...

2. Servicios médicoquirúrgicos:

a) ..., para los accidentes de tránsito, se acompañará de certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito o la correspondiente denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes;

b) Copia original de la denuncia penal de ocurrencia del accidente de tránsito presentada por cualquier persona ante autoridad competente, cuando el

hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable;

- **Artículo 143 Ley 1438 de 2011. Prueba Del Accidente en el SOAT.** Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito...".

Como puede observarse de los apartes transcritos, la ocurrencia del accidente puede ser demostrada por diversos mecanismos, de los cuales destacamos:

- Certificación expedida por las autoridades de tránsito;
- Croquis;
- Denuncia ante las autoridades policivas;
- Certificación Médica suministrada por el médico de urgencias, en el Formato autorizado por el Ministerio de Protección Social.

Como corolario de lo expuesto en precedencia, la falta de información y prueba acerca de la ocurrencia del accidente y sus circunstancias, impide al señor Juez determinar la existencia de las obligaciones pretendidas por el actor, por falta de elementos de juicio que le permitan realizar el análisis correspondiente.

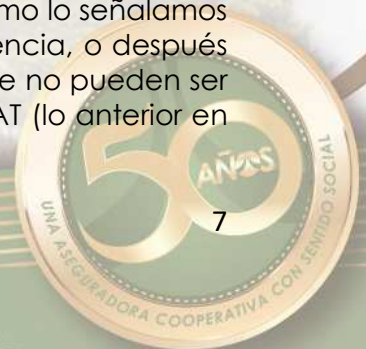
1.3. Identificación de la Póliza SOAT a afectar.

El tercer requisito cuya exigencia se desprende del sentido común más que del contenido de disposiciones legales, es la identificación plena de la Póliza SOAT que se pretende afectar.

Todo establecimiento de salud conoce el procedimiento legal y exige para la atención de los lesionados en accidente de tránsito que se le aporte copia del SOAT que amparaba el vehículo en el que se movilizaba el paciente. Este es el mecanismo por medio del cual la IPS conoce la entidad a la cual le va a generar la factura.

Ahora bien, la identificación de este documento se necesita para determinar circunstancias tan importantes como: la existencia misma de una Póliza SOAT; su autenticidad (es decir, que no sea falsa); la identificación del vehículo amparado, indicando sus placas y; la vigencia de la póliza.

La verificación de tales circunstancias resulta imprescindible para la determinación de la obligación a cargo de la aseguradora si se tiene en cuenta que, como lo señalamos en el punto anterior, si el accidente ocurrió antes del inicio de la vigencia, o después de que está expiró, los costos del servicio médico prestado al paciente no pueden ser exigidos a dicha aseguradora por falta de cobertura de la póliza SOAT (lo anterior en aplicación del artículo 1073 del Código de Comercio ya citado).



En consecuencia, se hace indispensable que quien analice la situación para efectos de determinar una obligación a cargo de la aseguradora que expidió el SOAT cuente con la copia de la póliza para que pueda determinar su cobertura.

Sin las condiciones anteriores resulta imposible realizar un análisis que permita determinar obligación alguna a cargo de la aseguradora demandada.

Si no sabemos de qué pólizas se trata, ¿cómo podría el señor Juez declarar obligaciones derivadas de un vínculo contractual que se desconoce?

¿Cómo pueden inferirse obligaciones de un negocio jurídico subyacente cuya existencia y alcances no se encuentran probados?

La falta de identificación de las pólizas SOAT, imposibilitan la labor de juzgamiento del señor Juez, impidiendo que acoja las pretensiones de la demanda declarando obligaciones inciertas.

1.4 Acreditación de la condición de víctima.

La acreditación de la condición de víctima es un requisito exigido por diversas disposiciones reglamentarias del contrato de seguros SOAT, en especial por la contenida en el artículo 36 de la Decreto 56 de 2015 que establece:

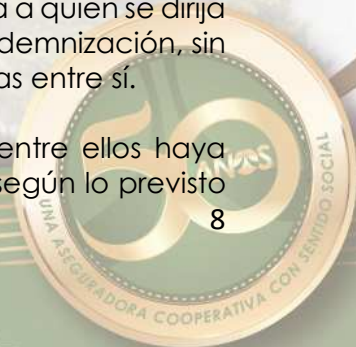
Artículo 36. Verificación de requisitos. Presentada la reclamación, las compañías de seguros ..., estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso,....".

A su turno, el artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en su numeral 5° contempla una condición de cobertura de la póliza, determinando como tal que el SOAT solo ampara a los ocupantes del vehículo asegurado o a peatones, pero nunca a ocupantes de otros vehículos, los cuales deben ser atendidos con cargo al SOAT del vehículo en el que se desplazaban, o en su defecto, por el FOSYGA en caso de que dicho automotor carezca de póliza. La norma en cita dispone:

“Artículo 194. Pago de Indemnizaciones...

...5. Concurrencia de vehículos. En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto



en el presente numeral para el caso de vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo [198](#) numeral 1o. del presente Estatuto.

Es decir, para efectos de determinar si los servicios de salud prestados a un lesionado en accidente de tránsito deben ser cubiertos por una póliza SOAT es imprescindible saber la condición de ese lesionado, esto es:

- Ocupante del vehículo amparado con la póliza que se pretende afectar;
- Peatón;
- Ocupante de otro automotor.

En este último caso, los servicios prestados carecen de cobertura, porque el lesionado debió ser atendido con el SOAT del otro vehículo, o, en su defecto, por el FOSYGA.

Lo anterior evidencia la importancia de determinar la calidad en que actúa la víctima respecto del vehículo amparado con la póliza SOAT, toda vez que, en algunos eventos tendrá cobertura, y en otros no.

En nuestro caso, el apoderado de la Clínica Altos de San Vicente no ha informado ni mucho menos demostrado la condición que cada uno de los pacientes aparentemente atendidos por dicha entidad ostentaba respecto de los accidentes de tránsito en los que supuestamente se vieron involucrados.

En consecuencia, es menester concluir que, al igual que en los requisitos analizados anteriormente, el señor Juez carece de la información necesaria para verificar la cobertura de la póliza y, por ende, para determinar la existencia de obligación alguna a cargo de la aseguradora.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO

a. FACTURAS GLOSADAS

De acuerdo con la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, se definen las GLOSAS como:

“una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud”.

En el caso en concreto, encontramos que la demandante aporta 29 facturas por supuestas obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud con cargo al



SOAT, de las cuales hemos encontrado que las facturas no pagadas o pagadas parcialmente, en su totalidad fueron glosas u objetadas.

FACTURA	GLOSA U OBJECCIÓN	SOPORTE DE GLOSA U OBJECCIÓN
SV103363	GASTOS DE TRANSPORTE- COBRO AMBULANCIA	INFORME INVESTIGACIÓN (VICTIMA MANIFIESTA TRASLADO POR SUS PROPIOS MEDIOS)
SV108984	VEHÍCULO DETENIDO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV110462	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV120623	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV120646	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV129352	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV129353	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV129359	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV129369	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV129380	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV132286	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV132287	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV132300	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV132305	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV133541	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV139290	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV139291	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV139292	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV140336	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV141892	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV142434	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV144092	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV144093	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV144095	PÓLIZA PRESTADA	INFORME INVESTIGACIÓN
SV149559	GASTOS DE TRANSPORTE- COBRO AMBULANCIA	INFORME INVESTIGACIÓN (VICTIMA MANIFIESTA QUE SE VA PARA SU RESIDENCIA Y EN LA NOCHE LLAMA AMBULANCIA DESDE ALLÍ)
SV156540	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV156709	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV157530	NO ES ACCIDENTE DE TRÁNSITO	INFORME INVESTIGACIÓN
SV164458	NO CUMPLE REQUISITOS	FURIPS

Pues bien, en los artículos 38 del Decreto 056 de 2015 y 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016, se dispone:

“ARTÍCULO 2.6.1.4.3.12. Término para resolver y pagar las reclamaciones. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.”

En ese sentido, de la norma señalada se concluye que, sin acreditación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la misma norma cuando se trata de cobro de facturas por atención con cargo a pólizas SOAT por parte de la entidad prestadora del servicio ante la aseguradora que expidió la misma, no es posible proceder al pago alguno, máxime si se tiene en cuenta que lo que existe es una controversia frente a las facturas emitidas, tal como lo reflejan las glosas y las objeciones presentadas por la aseguradora que apodero.

En consecuencia, es improcedente el pago por parte de La Equidad Seguros Generales O.C. comoquiera que la demandante debió resolver la inquietud expuesta por la compañía y que justificaba la falta de pago.

Aclaremos que, nuestra aceptación de haber recibido la reclamación de las facturas a que se hacen referencia en esta excepción, no exime a la demandante del

cumplimiento de la carga de la prueba, aportando la evidencia fehaciente de su presentación.

Para mayor claridad del despacho, a portará un Excel relacionando las facturas con el motivo de la glosa para cada una.

b. PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

En principio destaquemos que las acciones derivadas del contrato de seguros tienen un régimen de prescripción extintiva especial, cuya consagración se encuentra contenida en el artículo 1081 del Código de Comercio. La norma en comento dispone:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el **interesado** haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá **contra toda clase de personas** y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

Como puede observarse, en tratándose de contrato de seguros las acciones judiciales tienen un régimen de prescripción dual, consistente en una prescripción calificada de ordinaria y que opera en dos años, y una calificada como extraordinaria que se configura en cinco años.

Aclarado lo anterior, conviene ahora precisar, que el contrato de seguros obligatorio de accidente de tránsito SOAT es una modalidad especial del contrato de seguros terrestre, por lo que se encuentra sometido al régimen legal que respecto de este último contiene el Código de Comercio, salvo las particularidades especiales que establezcan las disposiciones que de manera especial lo reglamentan.

Así las cosas, el artículo 1081 del Código de Comercio es una norma que resulta aplicable al contrato de seguro obligatorio de accidente de tránsito SOAT, tal como se evidencia con las siguientes disposiciones que hacen parte de su reglamentación especial:

Decreto 56/15:

“Artículo 11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a)...

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.”

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. **Pago de reclamaciones.** ...las instituciones prestadoras de servicios de salud ..., deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.”

...

8. **Régimen legal.** En lo no regulado en el presente decreto para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, **en el Código de Comercio** y demás disposiciones concordantes

Decreto 3990 de 2007:

“Artículo 10. Otras condiciones. En adición a lo previsto en los artículos anteriores, las condiciones generales aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, Soat, incluirán las siguientes cláusulas:

...

PAGO DE LA INDEMNIZACION Y SANCION POR MORA

La compañía de seguros está obligada a efectuar el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la víctima o sus causahabientes o las personas que demuestren haber asumido los gastos funerarios o realizado el transporte, acrediten, **dentro de los plazos previstos en el artículo 1081** del Código de Comercio,...

Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993:

Artículo 192. Numeral 4°. Aspectos Generales.

4. Normatividad aplicable al seguro obligatorio de accidentes de tránsito. En lo no previsto en el presente capítulo el seguro obligatorio de accidentes de tránsito se regirá por las **normas que regulan el contrato de seguro terrestre en el Código de Comercio** y por este Estatuto.

Del contenido de los preceptos transcritos, no queda duda alguna de la aplicabilidad del artículo 1081 del Código de Comercio a las reclamaciones presentadas por las IPS a las Aseguradoras con cargo al Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito SOAT.

Ahora bien, determinado lo anterior, corresponde ahora señalar que, en aplicación de la posición jurisprudencial esbozada por la Corte Suprema en el aparte transcrito precedentemente, la prescripción que resulta aplicable a las IPS respecto de las reclamaciones que por SOAT le presenten a las aseguradoras es la ORDINARIA, esto es, la de dos años.

Lo anterior por cuanto las IPS son parte fundamental del Sistema contemplado por nuestro ordenamiento jurídico para el funcionamiento del seguro obligatorio en accidente de tránsito, de modo tal que la existencia de esta modalidad especial de contratación carece de sentido sin la participación de estas Instituciones Prestadoras de Servicios médicos.

Y al ser parte fundamental, quedan cubiertas por el concepto de INTERESADO de que trata el inciso 2º del artículo 1081 del Código de Comercio al consagrar la prescripción ORDINARIA de dos años. De hecho, en las disposiciones reglamentarias del contrato de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito se califica a las IPS como “Beneficiarias” de la indemnización.

Dilucidado lo anterior, corresponde ahora descender al caso que nos ocupa a fin de verificar si las obligaciones cuya existencia pretende el actor que se declare, han superado el límite temporal contemplado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en cuyo caso no queda otra opción que tenerlas por prescritas.

Para verificar lo anterior, debemos recordar el precepto contenido en el artículo 41 del Decreto 56 de 2015 que dispone:

“Artículo 41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente decreto, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del **término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:**

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.



Como puede observarse, la norma en cita dispone que el término prescriptivo se debe contabilizar a partir de la fecha en que el paciente fue atendido o cuando se le dio de alta.

En nuestro caso, las Facturas que tengan fecha de atención de dos años o más anteriores a la fecha de presentación de la demanda, es decir que supera el límite de dos años de que trata la norma, se encuentran prescritas.

En consecuencia, es importante que el juzgador verifique el término planteado, según la fecha de atención de las personas lesionadas en el accidente de tránsito, para efectos de que determine que se han solicitado en esta demanda pagos por concepto de la atención médica, habiendo sobrepasado el término de 02 años para la presentación de la demanda, es decir que la acción para reclamar derivada de las facturas, se encuentran prescritas.

c. INNOMINADA O GENERICA.

Solicito al señor Juez, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 306 del C.P.C., que de hallar probado los hechos que constituyan una excepción en el proceso de la referencia, se sirva reconocerla oficiosamente y declararlas probadas en la sentencia.

V. PRUEBAS

Respetuosamente solicito al Despacho se sirva decretar, practicar y tener en cuenta las siguientes:

DOCUMENTALES

- a. Formularios FURIP a y b, con instructivo de diligenciamiento
- b. Objeción para cada una de las facturas con el debido soporte (informe de investigación)

VI. ANEXOS

1. Los mencionados en el acápite de las pruebas.
2. Poder para actuar, otorgado mediante Escritura Pública.
3. Certificado de existencia y representación legal de Equidad Seguros Generales O.C., expedido por la Cámara de Comercio.

VII. NOTIFICACIONES

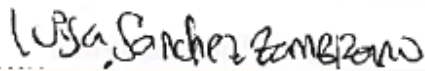
1. La Equidad Seguros Generales O.C. recibe notificaciones en la Carrera 9 A N° 99-07 Piso 13 de la ciudad de Bogotá, D.C. o en su Agencia ubicada en la Calle 74 N° 56- 36 Local 101 de la ciudad de Barranquilla.
2. La suscrita apoderada en la secretaría de su Despacho o en la Calle 74 N° 56- 36 Local 101 de la ciudad de Barranquilla.

NOTIFICACIÓN ELECTRONICA

1. La Equidad Seguros Generales O.C. podrá recibir notificaciones electrónicas al correo notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop
2. La suscrita podrá recibir notificaciones electrónicas al correo luisa.sanchez@laequidadseguros.coop

Del señor Juez,

Atentamente,



LUISA FERNANDA SANCHEZ ZAMBRANO

C.C. N° 1.140.863.398 de Barranquilla

T.P. N° 285.163 del C.S. de la J.

SGC 8940

1.1 Instructivo de diligenciamiento del FURIPS

Este formulario aplica para reclamaciones presentadas por personas jurídicas para el reconocimiento y pago de atenciones en salud o transporte desde el sitio del evento al primer centro de atención.

- 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.
- Número de 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.
- Número Factura/Cuenta de cobro. Campo diligenciado por el prestador de servicios de salud con el consecutivo interno dado por esta a la reclamación. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA 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.

II. 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.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

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 número se señalará así: Código del departamento + código del municipio (del lugar donde ocurrió el evento) + NN + historia clínica del paciente. Ejemplo: 05001NN15257, o de conformidad con la siguiente tabla de la Resolución 2232 de 2015:

Condición	Tipo de Documento	Longitud Máxima	Composición del número de identificación
Personas de la tercera edad en protección de ancianos.	AS	10	Código de departamento + código de municipio + S + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001S8125
Indígenas mayores de edad	AS	10	Código de departamento + código de municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 76001I8125
Habitantes de la calle mayores de edad.	AS	10	Código de departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 05001D0008
Habitantes de la calle menores de edad.	MS	10	Departamento + municipio + D + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001D0008
Menores de edad desvinculados del conflicto armado. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. Menores de edad a cargo del ICBF.	MS	10	Código de departamento + código de municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001A0009
Indígenas menores de edad	MS	10	Código de departamento + código de municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 08001I8125. Solo aplica para Régimen Subsidiado.
Menor de edad recién nacido con edad menor o igual a un (1) mes.	MS	12	Número de documento de la madre o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno (1). *Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación del menor y reportar la actualización antes que cumpla el año.
Desplazados menores de edad	MS	10	Departamento + municipio + P + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001P0008
			*Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación del menor y reportar la actualización del documento a la BDUA.
Desplazados mayores de edad	AS	10	Departamento + municipio + P + consecutivo por afiliado (4 dígitos). Ej: 05001P0008. *Las entidades Territoriales y las EPSS deben gestionar la plena identificación de esta población y reportar la actualización del documento a la BDUA.
Población Reclusa con identificación interna asignada por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC.	MS	6	Número asignado por el INPEC. Para menores de tres (3) años que convivan con sus madres reclusos en los establecimientos a cargo del INPEC.
	AS		Número asignado por el INPEC. Para internos reclusos en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC.

- 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.

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

- Naturaleza del Evento: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de Evento que corresponda. Cuando el tipo de evento no se encuentre en la clasificación del formulario, deberá diligenciarse en el campo “otros” el número de acto administrativo mediante el cual se declaró el otro tipo de evento. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.
- Dirección de la ocurrencia, departamento, municipio: Escribir con claridad los datos de ubicación del evento catastrófico o accidente de tránsito. Estos campos son de obligatorio diligenciamiento.
- 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 catastrófico: 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 13:15 horas.
- Descripción Breve: Escriba las principales características del Evento o Accidente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

IV. 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 o de la póliza SOAT según corresponda, 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:
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.

Vehículo 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.

Póliza falsa: si en el momento del accidente se 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 Fosyga, 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.
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 cual deberá diligenciarse, de acuerdo con el código "AT" que se informe en la caratula

de la póliza. 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.
- 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.

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Para todos los casos, la fuente de información será la que se tome 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 con:
CC = Cédula de Ciudadanía.
CE = Cédula de Extranjería.
PA = Pasaporte.
NIT = Número.
TI = Tarjeta de Identidad.
RC = Registro Civil.
CD = Carnet Diplomático

-
- 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.

Para los casos en los cuales no sea posible conseguir la información, deberá señalarse “sin información” en el campo y anexar el correspondiente soporte a la reclamación.

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Para los casos en los cuales no sea posible conseguir la información, deberá señalarse “sin información” en el campo y anexar el correspondiente soporte a la reclamación.

- 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 Póliza falsa. Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo con:

CC = Cédula de Ciudadanía.

CE = Cédula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

TI = Tarjeta de Identidad.

AS = Adulto sin identificar.

CD = Carnet Diplomático

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, o 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). Ej: 08001S8125.

•

Comunidad indígena que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Código departamento + código municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 76001I8125.
Población indigente adulta que no esté identificada por la Registraduría Nacional del Estado Civil.	AS	10	Código departamento + código municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). 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.

VII. 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.
- **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 así: 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.
- **Código de inscripción:** Debe relacionar el código de habilitación de la IPS que remite el paciente.

-
- Profesional que remite: Nombre del funcionario de la IPS que remite y cargo. Estos campos son 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 diligenciamiento obligatorio; el campo correspondiente a la fecha sí es de diligenciamiento obligatorio 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. Estos campos son de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

VIII. 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.
- 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 diligenciamiento obligatorio.

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

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

•
Los datos presentados, deben ser coincidentes con el soporte de atención que se presente con la reclamación y con el medio magnético suministrado

- Fecha de Ingreso: Escribir la fecha en que ingresó 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.
- 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.

X. AMPAROS QUE RECLAMA

- Gastos medico quirúrgicos: la información debe diligenciarse conforme a los datos de la factura por la cual se está realizando la reclamación. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.
- Gatos de transporte y movilización de víctimas: Corresponde a los valores de transporte primario (del sitio del evento al primer sitio de atención), realizado por la misma IPS, de acuerdo con la tarifa definida en la normativa vigente, y que corresponde a la información diligenciada en el numeral VIII. (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.

1.2 FURIPS - Medio magnético.

1.2.1 FURIPS – Datos de la reclamación.

Nombre del archivo: FURIPS1CODIGOHABILITACIONDDMMAAAA dónde:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

FURIPS1: Obligatorio, indica que el archivo corresponde a FURIPS.

CODIGOHABILITACION: Obligatorio, código de la IPS, de acuerdo con la codificación asignada de habilitación por la Dirección Departamental de Salud – DDS, este dato debe coincidir con el diligenciado en el campo 5 “Código de habilitación del prestador de servicios de salud.” del presente anexo.

DDMMAAAA: Indica la fecha de generación del archivo.

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
1. Datos de la reclamación.				
1	Número de radicado anterior	Campo obligatorio en caso de diligenciarse RG (Respuesta a glosa)		10
2	RG Respuesta a Glosa	Diligenciar en los siguientes casos: 0 = Glosa total 1 = Pago parcial Si la reclamación es nueva el campo es vacío	0,1, Vacío para reclamaciones nuevas	1
3	Número de factura o cuenta de cobro.	Campo obligatorio. Número que corresponde al sistema de numeración o consecutivo de cada entidad según las disposiciones de la DIAN.		20
4	Número consecutivo de la reclamación.	Campo obligatorio. Corresponde al número consecutivo de la reclamación establecido por la entidad reclamante.		12
2. Datos del prestador de servicios de salud.				
5	Código de habilitación del prestador de servicios de salud.	Campo obligatorio. El código de habilitación asignado por la Dirección Departamental de Salud.		12

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

3. Datos de la víctima del evento catastrófico o accidente de tránsito.

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
6	Primer apellido de la víctima	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad. En el caso de no identificarse usar NN.		20
7	Segundo apellido de la víctima	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30
8	Primer nombre de la víctima	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad, en el caso de no identificarse usar NN		20
9	Segundo nombre de la víctima	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30
10	Tipo de documento de identidad de la víctima	Campo obligatorio. CC=Cédula de ciudadanía. CE=Cédula de extranjería. PA=Pasaporte. TI=Tarjeta de identidad. RC=Registro civil. AS=Adulto sin identificar. MS=Menor sin identificar. CD= Carnet Diplomático.	CC, CE, PA, TI, RC, AS, MS, CD	2

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

11	Número de documento de identidad de la víctima	Campo obligatorio. Corresponde al número de identificación de la víctima. Para las víctimas con identificación MS o AS debe aplicarse las especificaciones de la resolución 2232 de 2015. Para los casos en que no presente identificación se debe diligenciar: Departamento según codificación DANE + municipio según codificación DANE + NN + número de historia clínica (Alfanumérico de 9). Ejemplo: 05001NN890123456		16
12	Fecha de nacimiento de la víctima	Campo NO obligatorio. Corresponde a la fecha de nacimiento de la víctima.	Formato DD/MM/AAAA	10

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
13	Sexo de la víctima	Campo NO obligatorio. F = Femenino M = Masculino	F, M	1
14	Dirección de residencia de la víctima	Campo NO obligatorio.		40
15	Código del departamento de residencia de la víctima	Campo NO obligatorio.	Codificación DANE	2

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

16	Código del de municipio de residencia de la víctima	Campo NO obligatorio.	Codificación DANE	3
17	Teléfono de la víctima	Campo NO obligatorio.		10
18	Condición de la víctima	Campo obligatorio para el tipo de evento 01 Accidentes de tránsito: 1 = Conductor 2 = Peatón 3 = Ocupante 4 = Ciclista	1, 2, 3, 4	1
4. Datos del sitio don le ocurrió el evento catastrófico o el accidente de tránsito.				
19	Naturaleza del evento	Campo obligatorio. Indica la naturaleza que genera el evento. 01=Accidente de tránsito 02=Sismo 03=Maremoto 04=Erupción volcánica 05=Deslizamiento de tierra 06=Inundación 07=Avalancha 08=Incendio natural 09=Explosión terrorista 10=Incendio terrorista 11=Combate 12=Ataques a Municipios 13=Masacre 14=Desplazados 15= Mina antipersonal	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27.	2

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
-------------	----------	-------------	--------------------	----------

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

		16=Huracán 17= Otro 25=Rayo 26=Vendaval 27=Tornado		
20	Descripción otro del evento	Campo obligatorio si la naturaleza del evento es otro (17)	SE ACEPTA VACÍO	25
21	Dirección de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.		40
22	Fecha de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
23	Hora de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 horas)	5
24	Código del departamento de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
25	Código del municipio de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
26	Zona de ocurrencia del evento	Campo NO obligatorio.	U, R	1
27	Estado de aseguramiento	Campo obligatorio. 1 = Asegurado 2 = No asegurado 3 = Vehículo fantasma 4 = Póliza falsa 5 = Vehículo en fuga	1, 2, 3, 4, 5	1
28	Marca	Campo NO obligatorio.		15
29	Placa	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 5.		10

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
30	Tipo de Vehículo	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4. De acuerdo con las definiciones del Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002) 3 = Particular 4 = Público 5 = Oficial 6 = De emergencia 7 = Diplomático o consular 8 = Transporte Masivo 9 = Escolar	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1
31	Código de la aseguradora	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1 o 4.		6
32	Número de póliza SOAT	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1 o 4. Como se registra en la póliza SOAT		20
33	Fecha de inicio de vigencia de la póliza	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es asegurado.	Formato DD/MM/AAAA	10
34	Fecha final de vigencia de la póliza	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1.	Formato DD/MM/AAAA	10
35	Intervención de la autoridad	Campo NO obligatorio.	0, 1	1
36	Cobro por excedente de la 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. 0 = No 1 = Si	0, 1	1

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

37	Placa del segundo vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 5, si no existe segundo vehículo es un campo vacío.		10
----	--	--	--	----

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
38	Tipo de documento de identidad del propietario del segundo vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4. CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte. TI = Tarjeta de identidad RC = Registro Civil NI = Número de identificación tributaria CD = Carnet Diplomático	CC, CE, PA, TI, RC, NI, CD	2
39	Número de documento de identidad del propietario del segundo vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento del segundo vehículo involucrado es 1, 2 o 4, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16
40	Placa del tercer vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento del tercer vehículo es 1, 2, 4 o 5, si no existe tercer vehículo es un campo vacío.		10
41	Tipo de documento de identidad del propietario del tercer vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4 CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte. TI = Tarjeta de identidad RC = Registro Civil NI = Número de identificación tributaria	CC, CE, PA, TI, RC, NI	2

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

42	Número de documento de identidad del propietario del tercer vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16
----	--	--	--	----

6. Datos del propietario del vehículo.

43	Tipo de documento de identidad del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4. CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte. TI = Tarjeta de identidad RC = Registro Civil NI = Número de identificación	CC, CE, PA, TI, RC, NI.	2
----	--	---	-------------------------	---

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		tributaria CD = Carnet Diplomático		
44	Número de documento de identidad del propietario	Campo obligatorio. Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16
45	Primer apellido del propietario o razón social en caso de empresa.	Campo obligatorio. Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		40
46	Segundo apellido del propietario	Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		30
47	Primer nombre del propietario	Campo obligatorio. Para el caso de persona natural, si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		20
48	Segundo nombre del propietario	Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		30

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

49	Dirección de residencia propietario	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		40
50	Teléfono de residencia propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		10
51	Código de departamento de residencia propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
52	Código de municipio de residencia propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	3

7. Datos del conductor involucrado en el accidente de tránsito.

53	Primer apellido del conductor	Campo obligatorio. Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4, registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		20
54	Segundo apellido del conductor	Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		30
55	Primer nombre del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		20

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		
56	Segundo nombre del conductor	Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		30

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

57	Tipo de documento de identidad del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4. CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte. TI = Tarjeta de identidad. AS = Adulto sin identificar	CC, CE, PA, TI, AS	2
58	Número de documento de identidad del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4 Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción Para el tipo AS ver especificación Resolución 2232 de 2015, para los casos en que no presente identificación se debe diligenciar: Departamento según codificación DANE + municipio según codificación DANE + NN + número de historia clínica (Alfanumérico de 9). Ejemplo: 05001NN890123456		16
59	Dirección de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		40
60	Código de departamento de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
61	Código de municipio de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	3

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
	conductor			
62	Teléfono de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		10
8. Datos de remisión (La información se convierte en obligatoria siempre y cuando exista remisión de la víctima).				
63	Tipo de referencia	Campo obligatorio. 1 = Remisión 2 = Orden de servicio	1, 2	1
64	Fecha de remisión	Campo obligatorio	Formato DD/MM/AAAA	10
65	Hora de salida	Campo NO obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
66	Código de habilitación del prestador de servicios de salud.	Campo obligatorio. El código de habilitación asignado por la Dirección Departamental de Salud.		12
67	Profesional que remite	Campo obligatorio. Nombre y apellido de la persona que realiza la remisión.		60
68	Cargo de la persona que remite	Campo obligatorio		30
69	Fecha de ingreso	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
70	Hora de ingreso	Campo NO obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
71	Código de habilitación del prestador de servicios de salud.	Campo obligatorio. El código de habilitación asignado por la Dirección Departamental de Salud.		12
72	Profesional que recibe	Campo obligatorio. Nombre y apellido de la persona que realiza la remisión.		60

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

73	Cargo de la persona que recibe	Campo obligatorio.		30
9. Transporte y movilización de la víctima (La información se convierte en obligatoria siempre y cuando exista movilización de víctima).				
74	Placa	Campo obligatorio. Número de placa del vehículo que transporta la víctima.		10
75	Transporte de la víctima desde el sitio del evento	Campo obligatorio. Escribir con claridad el lugar o dirección inicial del recorrido. Sólo se admite lugar cuando en		40

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		el sitio no existe nomenclatura.		
76	Transporte de la víctima hasta el fin del recorrido	Campo obligatorio. Escribir con claridad el lugar o dirección final del recorrido. Sólo se admite lugar cuando en el sitio no existe nomenclatura.		40
77	Tipo de servicio de la ambulancia	Campo obligatorio, de acuerdo al anexo técnico No. 1 de la resolución 1439 de 2002. 1 = Ambulancia básica 2 = Ambulancia medicalizada	1, 2	1
78	Zona donde recoge víctima	Campo NO obligatorio.	U, R	1
10. Certificación de la atención médica de la víctima como prueba del accidente o evento.				
79	Fecha de ingreso	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
80	Hora de ingreso	Campo NO obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
81	Fecha de egreso	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

82	Hora de egreso	Campo NO obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
83	Código de diagnóstico principal de ingreso	Campo obligatorio. Código del diagnóstico al ingreso de la víctima, según la clasificación internacional de enfermedades vigente	Codificación CIE10	4
84	Código de diagnóstico de ingreso asociado 1	Código del diagnóstico al ingreso de la víctima, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE10	4
85	Código de diagnóstico de ingreso asociado 2	Código del diagnóstico al ingreso de la víctima, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE10	4
86	Código diagnóstico principal de egreso	Campo obligatorio. Código del diagnóstico al egreso de la víctima, según la clasificación internacional de enfermedades vigente	Codificación CIE10	4
87	Código diagnóstico de	Código del diagnóstico al egreso de la víctima, según la	Codificación CIE10	4

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
	egreso asociado 1	clasificación internacional de enfermedades vigente.		
88	Código de diagnóstico de egreso asociado 2	Código del diagnóstico al egreso de la víctima, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE10	4
11. Datos del médico o profesional de la salud tratante.				
89	Primer apellido del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio		20

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

90	Segundo apellido del médico o profesional de la salud			30
91	Primer nombre del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio		20
92	Segundo nombre del médico o profesional de la salud			30
93	Tipo de documento de identidad del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte	CC, CE, PA	2
94	Número de documento de identidad del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio		16
95	Número de registro del médico	Campo obligatorio.		16
12. Amparos que reclama.				
96	Total facturado por amparo de gastos médicos quirúrgicos	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
97	Total reclamado por amparo de gastos	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de	Mayor o igual a cero	15
No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
	médicos quirúrgicos	separador de miles y no debe incluir decimales		

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

98	Total facturado por amparo de gastos de transporte y movilización de la víctima	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
99	Total reclamado por amparo de gastos de transporte y movilización de la víctima	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
13 Folios.				
100	Total Folios	Campo obligatorio.		3

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

1.3. FURIPS – Detalle de factura

Nombre del archivo: **FURIPS2CODIGOHABILITACIONDDMMAAAA** donde:

FURIPS2 = Obligatorio, indica que el archivo corresponde a FURIPS.

CODIGOHABILITACION = Código de la IPS, de acuerdo con la codificación asignada de habilitación por la Dirección Departamental de Salud – DDS.

DDMMAAAA = Fecha de generación Archivo.

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
1. Datos de la reclamación.				
1	Número factura o Número de cuenta de cobro.	Campo obligatorio. Número que corresponde al sistema de numeración o consecutiva de cada entidad según las disposiciones de la DIAN.		20
2	Número del consecutivo de la reclamación.	Campo obligatorio. Corresponde al número consecutivo de la reclamación establecido por la entidad reclamante.		12
2. Factura o Cuenta de cobro.				
3	Tipo de servicios	Campo obligatorio. Seleccionar el servicio prestado a la víctima de acuerdo a la siguiente definición: 1 = Medicamentos 2 = Servicios médicos quirúrgicos 3 = Transporte primario 4 = Transporte secundario 5 = Otros (insumos)	1, 2, 3, 4, 5	1

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -

www.minsalud.gov.co

4	Código servicio	del	Campo obligatorio. Para el caso de los medicamentos aplicar código CUM del INVIMA y del Min. Protección Social, conformado por el No. de expediente-consecutivo. Ejemplo: 230327-1 Para el caso de los servicios médicos quirúrgicos que incluya honorarios, estancias, ayudas diagnósticas, derechos de sala quirúrgica e insumos del grupo quirúrgico 1 al 13 aplicar los código del Decreto 2423/96	Codificación CUM si tipo de servicio es uno (1) Decreto 2423/96 si tipo de servicio es dos (2) o tres (3) 39601 Campo vacío	15
No. Columna	Concepto		Descripción	Valores permitidos	Longitud
			Para transporte primario aplicar el código 39601 del Decreto 2423/96 Para transporte secundario e insumos este campo es vacío.	para tipo de servicio tres (3), cuatro (4) o cinco (5)	
5	Descripción del insumo		Campo obligatorio cuando el tipo de servicio es cinco (5) y el insumo no está codificado en el Decreto 2423/96		40
6	Cantidad de servicios		Campo obligatorio	Mayor a cero	15
7	Valor unitario		Campo obligatorio No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor a cero	15
8	Valor facturado total		Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales Corresponde al producto de la cantidad de servicios multiplicado por los valores unitarios establecidos	Mayor a cero	15

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

.

9	Valor total reclamado al Fosyga	Campo obligatorio. No se utilizará ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales.	Mayor a cero	15
---	---------------------------------	--	--------------	----

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co