

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD****RESOLUCION NUMERO 1591 DE 1995****(Mayo 18)**

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos.

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de las funciones legales en especial las conferidas por el Decreto número **1813** de 1994,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o.- CAMPO DE APLICACIÓN. El Fondo de Solidaridad y Garantía a través de la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito reconocerá y pagará a las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud, las cuentas por los servicios de Atención Médica, Quirúrgica, Farmacéutica y Hospitalaria prestado a las personas víctimas de Eventos Catastróficos.

ARTÍCULO 2o. DE LOS FORMATOS. Adoptar los términos contenidos en los Modelos de Reclamación Uniforme, relacionados con los servicios médicos prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos, los cuales serán de obligatorio cumplimiento para los Establecimientos y Entidades a que se refiere el artículo anterior. Dichos modelos se encuentran anexos a esta Resolución y forman parte integral de la misma, los cuales son:

a). Formulario para la Reclamación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de servicios Médicos prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos (Formato FOSGA -01).

B). Cuenta de cobro "Fondo DE Solidaridad y Garantía - Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito". EVENTOS CATASTRÓFICOS (Formato FOSGA - 02).

ARTÍCULO 3o.- DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMULARIOS. - Los formularios a que se refiere el artículo **2o** de esta Resolución, serán diligenciados en forma clara y oportuna por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, siguiendo en forma precisa las instrucciones establecidas en el anexo al mismo y con observación de las siguientes reglas:

a). El formulario para la reclamación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de servicios médicos prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos, se diligenciará de manera individual para cada persona a quien se le preste el servicio.

b). El formulario "Cuenta de Cobro", será presentado al Fondo de Solidaridad y Garantía -

RESOLUCION NUMERO 1591 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos.

Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, por el valor total facturado por concepto de la atención prestada a cada paciente y deberá contener la relación de los servicios, medicamentos, material de osteosíntesis, ortesis, prótesis y demás elementos utilizados en la atención, en la forma como lo señala el formulario.

Los precios de los componentes antes referenciados deberán ajustarse a las tarifas establecidas para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "SOAT", sin perjuicio de las excepciones previstas en las normas que regulan la materia.

PARÁGRAFO PRIMERO. El valor a que la Institución Prestadora de Servicios de Salud debe cobrar los medicamentos, material de osteosíntesis, ortesis y prótesis será el precio comercial de catálogo autorizado por autoridad competente.

En el caso del servicio de transporte secundario o de referencia que llegare a prestar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en ambulancia, se pagará a la tarifa establecida por ésta.

PARÁGRAFO SEGUNDO. No se requiere por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, anexar facturas, recibos o fórmulas para el reconocimiento y pago de las cuentas por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. Lo anterior, sin perjuicio de que dichos comprobantes se conserven en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para posibles verificaciones cuando así lo requieran la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO TERCERO. En caso de que el paciente tenga que ser trasladado a otra institución Prestadora de Servicios de Salud, se enviará utilizando los formatos de referencia existente en la entidad referente. La Institución Prestadora de Servicios de Salud, que recibe al paciente, para efectos del cobro de los Servicios prestados, deberá diligenciar los formularios establecidos en la presente Resolución.

ARTÍCULO 4o. RESPONSABLES DEL DILIGENCIAMIENTO Y FIRMA DE LOS FORMULARIOS. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de que trata el Artículo 1o de esta Resolución, deberán designar las personas que a juicio del Director de la misma sean los responsables del diligenciamiento y firma de los formularios.

ARTÍCULO 5o. PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO. La cuenta de cobro se presentará al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, en el formato establecido en la presente Resolución y será enviada a la Calle 72 No. 10-03 Santafé de Bogotá, D.C., junto con:

- a). "Formulario para la reclamación de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de servicios médicos prestados a víctimas de Eventos Catastróficos", total y debidamente diligenciado.
- b). El certificado expedido por el Comité Regional y/o Local de Emergencia de la respectiva jurisdicción, donde conste la calidad de víctima afectada directamente por el evento catastrófico de que se trate. En los casos en los cuales exista en la Dirección Local, Seccional o Distrital de Salud respectiva un Coordinador de Emergencias y desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación, previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

ARTÍCULO 6o. VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 18 de mayo de 1995.

RESOLUCION NUMERO 1591 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos.

ALONSO GÓMEZ DUQUE
Ministro de Salud.

JOSÉ VICENTE CASAS DÍAZ
Secretario General

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA
SUBCUENTA RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO PARA LA
RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE
SALUD POR CONCEPTO DE SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE
EVENTOS CATASTRÓFICOS.

GENERALES

- 1. Este formulario debe ser diligenciado ÚNICAMENTE por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a máquina o letra legible.
- 2. Se debe diligenciar por cada víctima, en original y copia, debiendo anexar a la cuenta de cobro el original y la copia para archivo en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 3. En los casos que sea necesario formular observaciones, puede hacerse en hoja anexa.
- 4. Cualquier error de transcripción de los datos o información imprecisa, ocasiona la devolución de la cuenta y por tanto demora en el pago por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta "Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito".

ESPECÍFICAS

1. DATOS DEL CENTRO ASISTENCIAL

- 1.1. Nombre: Escriba el nombre o razón social de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Nit y Licencia de Funcionamiento: Escriba el número de Identificación Tributaria y el número de la Licencia de Funcionamiento de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 1.2. Dirección, Departamento, Municipio y Teléfono: Escriba la dirección donde está ubicada la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el nombre del departamento y del municipio, y el número telefónico de la misma.

2. DATOS DE LA VÍCTIMA

- 2.1. Apellidos y Nombres: Escriba los apellidos y nombres completos de la víctima del evento catastrófico.
- Edad: Escriba la edad de la víctima en años cumplidos.

RESOLUCION NUMERO 1591 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos.

	En caso de que éste sea menor de un (1) año, escriba cero cero (00).
Sexo:	Marque con equis (x) la casilla correspondiente al sexo de la víctima así, (M) si es hombre y (F) si es mujer
2.2. Documento de Identidad:	Marque con una equis (x) la casilla correspondiente al documento de identidad de la víctima del evento catastrófico así: cédula de ciudadanía (C.C.); Tarjeta de Identidad (T.I.); Cédula de Extranjería (C.E.) y Pasaporte (PAS).
Número:	Escriba el número de documento de identidad correspondnte a la víctima.
Expedida en:	Escriba el lugar de expedición del documento de identidad correspondiente a la víctima del Evento Catastrófico.
2.3.Dirección de Residencia:	Escriba la dirección donde vive la víctima del evento catastrófico.
Municipio y Departamento:	Escriba el departamento y municipio a los cuales corresponde la residencia de la víctima del evento catastrófico.
2.4. Nombre de la Empresa	Escriba el nombre de la empresa donde trabaja la víctima del evento catastrófico.
Departamento y Municipio:	Escriba el nombre del Departamento y Municipio donde está ubicada la empresa.
3. IDENTIFICACIÓN DEL SITIO DE LA CATÁSTROFE	
Fecha:	Escriba el día, mes y últimos dos dígitos del año en que se presentó la catástrofe.
3.1. Dirección donde ocurrió el Evento Catastrófico.	Escriba la dirección donde se presentó el evento catastrófico. Ej: Cra. 5a No. 25-40 ó Vereda de Menempa (si es zona rural)
3.2.Departamento, Municipio:	Escriba el nombre del Departamento y Municipio donde se presentó el evento catastrófico.
Zona Urbana o Rural:	Marque con una (1) equis (x) la casilla correspondiente a la zona donde se presentó el evento catastrófico.
4. NATURALEZA DEL EVENTO CATASTRÓFICO	
4.1. Naturales: Huracán, Avalancha, Inundación, Maremoto, Incendio, Terremoto.	Marque con una (1) equis (x) la casilla correspondiente a la clase de evento catastrófico que ocasionó las lesiones a la víctima.
Otro (Especifique):	Si el tipo de evento no está contemplado, favor

RESOLUCION NUMERO 1591 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos.

	describirlo.
4.2. Tecnológicos: Incendios, Corrosivos, Envenenamiento, Sustancias Tóxicas.	Marque con una (1) equis (x) la casilla correspondiente a la clase de evento que causó las lesiones de la víctima.
Otros (Describalo):	Si el tipo de evento no está contemplado, favor describirlo.
4.3.Terrorista:	
Explosión, Incendio:	Marque con una (1} equis (x) la casilla correspondiente a la clase de evento que ocasionó las lesiones a la víctima.
Otros (Describalo):	Si el tipo de evento no está contemplado favor describirlo.
5. DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA ALA VÍCTIMA	
Fecha de Ingreso:	Escriba en números arábigos el día, mes y los dos (2) últimos dígitos del año en que ingresó la víctima del evento catastrófico a la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
Fecha de Egreso:	Escriba en números arábigos el día, mes y los dos (2) últimos dígitos del año en que salió de la Institución Prestadora de Servicios de Salud la víctima del evento catastrófico.
Días de Estancia:	Escriba en número de arábigos el total de días que permaneció hospitalizada la víctima del evento catastrófico.
Historia Clínica No.:	Escriba el número de la Historia Clínica que le correspondió a la víctima del evento catastrófico.
5.1.TIPO DE TRATAMIENTO	
Observación:	Marque con una (1) equis (x), si la víctima del evento catastrófico estuvo en observación.
Ambulatorio:	Marque con una (1) equis (x), si la víctima del evento catastrófico, recibió asistencia ambulatoria.
Hospitalización:	Marque con una (1) equis (x), si la víctima del evento catastrófico, fue hospitalizado.
5.2. Diagnóstico de Ingreso:	Escriba en forma resumida, de acuerdo con la historia clínica o la hoja de urgencias de la víctima del evento, los Diagnósticos preliminares consignados por el médico quedo examinó.
5.3. Diagnóstico de Egreso:	Escriba en forma resumida los diagnósticos definitivos consignados en la Historia clínica o en la hoja de urgencias de la víctima del evento.

RESOLUCION NUMERO 1591 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por concepto de Gastos Médicos, Quirúrgicos, Farmacéuticos y Hospitalarios prestados a las víctimas de Eventos Catastróficos.

6. REFERENCIA

- 6.1. Tipo de Referencia:

Marque con una (1) equis (x) el cuadro correspondiente al concepto o causa por la cual la institución Prestadora de Servicios de Salud refiere al paciente.
- Persona Referida por:

Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que remite al paciente.
- Ciudad:

Escriba el nombre de la ciudad donde está ubicada la Institución referente.
- Fecha:

Escriba el día, mes y año, en que fue remitido el paciente.
- Persona Referida a:

Escriba el nombre de la IPS a la cual se envía o recibe el paciente, la ciudad y la fecha de ingreso.
- Ciudad:

Escriba el nombre de la ciudad donde está ubicada la Institución de Salud que recibió al paciente.
- Fecha:

Escriba el día, mes y año en que fue recibido el paciente.

7. DATOS SOBRE LA MUERTE DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO

- Causa Inmediata de la Muerte:

Escriba la causa inmediata que ocasionó la muerte a la víctima del evento catastrófico
- Fecha de la Muerte:

Escriba la fecha y hora en que murió la víctima del Evento Catastrófico.
- AM Y PM:

Marque con una (1) equis (x) la casilla correspondiente a: A.M., si la muerte ocurrió entre las cero horas y las doce (12) del día o marque la casilla P.M., si la muerte ocurre entre las 12:01 minutos del día, hasta las 12:00 de la noche.
- Nombres y Apellidos del Médico que firmó el Certificado de defunción:

Escriba en letra legible los nombres y apellidos del médico que expidió el certificado de defunción de la víctima del evento catastrófico.
- Registro Médico:

Escriba el número del registro o matrícula Profesional del Médico que certificó la muerte de la víctima.

8.- DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

El Formulario debe estar firmado por el Director de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, o la persona a quien este delegue. Además debe estamparse el sello correspondiente.