

NOTA EXTERNA



201633200889671

Bogotá, D.C., 13-05-2016

PARA: PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y PERSONAS NATURALES RECLAMANTES ANTE LA SUBCUENTA ECAT DEL FOSYGA, ENTIDADES ASEGURADORAS AUTORIZADAS PARA EXPEDIR LAS PÓLIZAS SOAT Y CONSEJOS MUNICIPALES Y DISTRITALES DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

DE: DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: FORMULARIOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES ANTE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS AUTORIZADAS PARA EXPEDIR LAS PÓLIZAS SOAT Y LA SUBCUENTA ECAT DEL FOSYGA O QUIEN HAGA SUS VECES, PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, INDEMNIZACIONES Y GASTOS DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO, EVENTOS CATASTRÓFICOS DE ORIGEN NATURAL, EVENTOS TERRORISTAS Y DEMÁS EVENTOS APROBADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SU CALIDAD DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL FOSYGA.

El Director de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, actuando de conformidad con la facultad prevista en el artículo 2.6.1.4.4.5 del Decreto 780 de 2016 y en desarrollo de la Resolución 1645 de 2016, se permite adoptar a través del anexo técnico de la presente nota externa, los formularios para la presentación de reclamaciones ante las entidades aseguradoras autorizadas para expedir las pólizas SOAT y la Subcuenta ECAT del FOSYGA o quien haga sus veces, para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del FOSYGA.

Atentamente,


ÁLVARO ROJAS FUENTES

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

Elaboró: D. Rodríguez / V. Olarte
Revisó: Mónica V. / Rocio T. / H Cepeda / Denisse R.

Ruta: D:\compartida_alex\Correspondencia\2016\91.docx

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

ANEXO TÉCNICO

I. Requisitos comunes de diligenciamiento

Los formularios adoptados a través del presente documento deberán diligenciarse de acuerdo con los criterios que se enuncian a continuación:

- Los formularios FURIPS, FURPEN y FURTRAN deberán ser diligenciados de manera individual para cada paciente y reclamación que se presente.
- El formulario FURCEN deberá ser diligenciado por los consejos municipales o distritales de gestión del riesgo de la respectiva entidad territorial en donde ocurrió el evento catastrófico de origen natural o terrorista.

II. Requisitos generales para el diligenciamiento de los medios magnéticos

En el caso de los prestadores de servicios de salud, el medio magnético deberá contener la firma digital del representante legal.

Cada medio magnético deberá contener un único archivo de radicación, el cual corresponderá a un solo tipo de formulario, en el que deberá incluirse la totalidad de formularios a presentar.

Los medios magnéticos complementarios a los formularios adoptados en el presente acto, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

III. Especificaciones tecnológicas para la remisión de información

Medios.

El formato tecnológico aceptado para el reporte de información ante el FOSYGA o quien haga sus veces es un CD-ROM, de 74 min., 650 Megabytes o superior.

Especificaciones de los archivos.

Los archivos deben ser tipo texto y deben cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- a) Todos los datos deben ser grabados en el archivo plano como alfanuméricos, con extensión .txt.
- b) El separador de campos debe ser coma (,) y ser usado exclusivamente para este fin.
- c) Cuando el dato no lleve valor (blanco), igual se debe incluir el campo separado por comas (,).
- d) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni cualquier otro carácter especial.

- e) Los campos tipo fecha deben tener el formato día/mes/año (DD/MM/AAAA) incluido el carácter slash (/).
- f) Los campos números deben venir sin separación de miles, y no deben traer decimales.
- g) No debe traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de registro
- h) Las longitudes contenidas en los cuadros se deben entender como el tamaño MÁXIMO del campo.
- i) Los campos texto donde se solicita una descripción del evento no deben incluir la coma (,).
- j) Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con cero ni espacios, especialmente en los campos número de identificación, apellidos y nombres
- k) Se debe crear una carpeta con el nombre del formulario que corresponda FURPEN, FURTRAN y FURCEN, que contendrá el archivo plano con los datos correspondientes.
- l) Para el caso de las reclamaciones por parte de los prestadores de servicios de salud, se debe crear una carpeta con el nombre del formulario FURIPS, el cual contendrá los dos archivos planos descritos en el anexo.

1. Formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito - FURIPS.

PARTE A	
 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS	
Fecha Radicación	D D M M A A A A
No. Radicación Anterior (Respuesta a glosa, marcar X en RG)	RG ☐
No. Radicado	
No. Factura/ Cuenta de cobro	
I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	
Razón Social	
Código Habilitación:	
NT	
II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
1er Apellido	
2do. Apellido	
1er Nombre	
2do. Nombre	
Tipo de Documento	CC CE PA TI RC AS MS CD
No. Documento	
Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A
Sexo	F M
Dirección Residencia	
Departamento	
Cod.	
Teléfono	
Municipio	
Cod.	
Condición del Accidentado:	☐ Conductor ☐ Peatón ☐ Ocupante ☐ Ciclista
III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
Naturaleza del evento	
Accidente de tránsito	☐
Naturales:	Sismo ☐ Maremoto ☐ Erupciones Volcánicas ☐ Huracán ☐ Inundaciones ☐ Avalancha ☐ Deslizamiento de Tierra ☐ Incendio Natural ☐ Rayo ☐ Vendaval ☐ Tornado ☐
Terroristas:	Explosión ☐ Masacre ☐ Mina Antipersonal ☐ Combate ☐ Incendio ☐ Ataques a Municipios ☐
Otro ☐ Cual?	
Dirección de la ocurrencia	
Fecha Evento/Accidente	D D M M A A A A
Hora	H H M M
Departamento	
Cod.	
Municipio	
Cod.	
Zona	U R
Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito	
Enuncie las principales características del evento / accidente:	
IV. DATOS DEL VEHÍCULO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
Asegurado ☐ No Asegurado ☐ Vehículo fantasma ☐ Póliza Falsa ☐ Vehículo en fuga ☐	
Marca	
Placa:	
Tipo de Servicio:	Particular ☐ Público ☐ Oficial ☐ Vehículo de emergencia ☐ Vehículo de servicio diplomático o consular ☐
Vehículo de transporte masivo ☐ Vehículo escolar ☐	
Código de la aseguradora	
No. de la Póliza	
Intervención de autoridad	SI ☐ NO ☐
Vigencia Desde	D D M M A A A A
Hasta	D D M M A A A A
Cobro Excedente Póliza	SI ☐ NO ☐
V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO	
1er Apellido o Razón Social	
2do. Apellido	
1er Nombre	
2do. Nombre	
Tipo de Documento	CC CE PA TI RC CD
No. Documento	
Dirección Residencia	
Departamento	
Cod.	
Teléfono	
Municipio Residencia	
Cod.	
Total Folios	

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

PARTE B


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

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

1er Apellido										2do. Apellido											
1er Nombre										2do. Nombre											
Tipo de Documento		CC CE PA TI RC AS CD								No. Documento											
Dirección Residencia																					
Departamento										Cod.				Teléfono							
Municipio Residencia										Cod.											

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia:		Remisión ☐		Orden de Servicio ☐	
Fecha remisión		D D M M A A A A a las H H M M			
Prestador que remite					
Código de inscripción:					
Profesional que remite:				Cargo:	
Fecha aceptación		D D M M A A A A a las H H M M			
Prestador que recibe:					
Código de inscripción:					
Profesional que recibe:				Cargo:	

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos de Vehículo		Placa No.			
Transporto la víctima desde				Hasta	
Tipo de Transporte		Ambulancia Básica ☐		Ambulancia Medicada ☐	
		Lugar donde recoge la Víctima		Zona ☐ U ☐ R	

IX. CERTIFICADO DE LA ATENCION MEDICA DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso		D D M M A A A A a las H H M M				Fecha de egreso		D D M M A A A A a las H H M M			
Código Diagnóstico principal de Ingreso						Código Diagnóstico principal de Egreso					
Otro código Diagnóstico principal de Ingreso						Otro código Diagnóstico principal de Egreso					
Otro código Diagnóstico principal de Ingreso						Otro código Diagnóstico principal de Egreso					
1er Apellido del Médico o Profesional tratante						2do. Apellido del Médico o Profesional tratante					
1er Nombre del Médico o Profesional tratante						2do Nombre del Médico o Profesional tratante					
Tipo Documento		CC CE PA		Número Documento :							
				Número de registro médico:							

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor total facturado	Valor reclamado al FOSYGA
Gastos medicos quirurgicos		
Gastos de transporte y movilización de la víctima		

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros, materiales, dentro del anexo técnico numero 2

XI. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

NOMBRE
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE

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

1.1 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 ancianatos.	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.

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

- 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.

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

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.

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

- 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.

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

- 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 ancianatos.	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.

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

- 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 campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.
- Fecha y hora de Aceptación: El formato de la fecha es de día, mes y año y la hora en formato 24 horas. Ejemplo si la aceptación ocurrió el 20 de noviembre de 2011 a la 1 y 52 debe diligenciarse así: Fecha Aceptación 2 0 1 1 2 0 0 5 Hora 1 3 5 2. Si su reclamación es ante el Fosyga, el campo correspondiente a la hora no es de obligatorio diligenciamiento; el campo correspondiente a la fecha sí es de obligatorio diligenciamiento cuando haya lugar.
- Prestador que Recibe: Escriba nombre de la IPS a donde es remitida la víctima. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando haya lugar.

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

- 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 obligatorio diligenciamiento.

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

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.

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

- 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:

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
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
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

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
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
16	Código del 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 donde 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

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
		16=Huracán 17= Otro 25=Rayo 26=Vendaval 27=Tornado		
20	Descripción del otro 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 de departamento de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
25	Código de 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

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

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
		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
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
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

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
		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
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 CIE-10	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 CIE-10	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 CIE-10	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 CIE-10	4
87	Código diagnóstico de egreso	Código del diagnóstico al egreso de la víctima, según la	Codificación CIE-10	4

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
	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 CIE-10	4
11. Datos del médico o profesional de la salud tratante.				
89	Primer apellido del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio		20
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

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
	médicos quirúrgicos	separador de miles y no debe incluir decimales		
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

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
4	Código del servicio	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

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
		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 total facturado	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
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

2. Formulario único de reclamaciones por accidentes de tránsito y eventos catastróficos (eventos terroristas, catástrofes naturales y otros eventos aprobados por el CNSSS) de personas naturales - FURPEN.

PARTE A	
  REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS) PERSONAS NATURALES - FURPEN	
Fecha de radicación: DD MM AAAA	No. Radicación:
No. Radicación anterior:	
I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA	
1er Apellido	2do Apellido
1er Nombre	2do Nombre
Tipo de documento: CC CE PA	No. de documento:
Dirección:	
Departamento:	Código:
Municipio:	Código:
Parentesco o relación con la víctima: ☐ Padres ☐ Cónyuge ☐ Abuelos ☐ Compañero (a) permanente ☐ Hijos ☐ Nietos ☐ Hermanos ☐ Apoderado	
II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
1er Apellido	2do Apellido
1er Nombre	2do Nombre
Tipo de documento: CC CE PA TI RC AS MS	No. de documento:
Fecha de nacimiento: DD MM AAAA	Sexo: M F
Dirección domicilio:	
Departamento:	Código:
Municipio:	Código:
Zona: U R	
Condición del accidentado: ☐ Conductor ☐ Peatón ☐ Ocupante ☐ Ciclista	
Fecha en caso muerte: DD MM AAAA	
III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
Naturaleza del Evento: ☐ Accidente de tránsito	
Naturales: ☐ Sismo ☐ Inundaciones ☐ Rayo ☐ Maremoto ☐ Avalancha ☐ Masacre ☐ Erupciones volcánicas ☐ Deslizamiento de tierra ☐ Mina antipersonal ☐ Huracán ☐ Incendio natural ☐ Combate	
Terroristas: ☐ Explosión ☐ Incendio ☐ Ataque a municipios ☐ Combate	
Otros: ☐	
Dirección de la ocurrencia:	
Fecha evento/accidente: DD MM AAAA	Hora: HH MM
Departamento:	Código:
Municipio:	Código:
Zona: U R	
Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito Enuncie las principales características del evento / accidente:	
Total folios:	

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

PARTE B



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFOS NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)
PERSONAS NATURALES - FURPEN

IV. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado ☐ No asegurado ☐ Vehículo fantasma ☐ Póliza falsa ☐ Vehículo en fuga ☐

Marca: Placa:

Tipo de servicio: Particular ☐ Público ☐ Oficial ☐ Vehículo de emergencia ☐ Vehículo de servicio diplomático o consular ☐
Vehículo de transporte masivo ☐ Vehículo escolar ☐

Nombre de la aseguradora:

Número de la póliza: Intervención de autoridad ☐ SI ☐ NO

Vigencia desde: DD MM AAAA hasta: DD MM AAAA

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE PA NIT TI RC No. de documento:

Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Sexo: M ☐ F ☐

Dirección residencia:

Departamento: Código: Teléfono ó celular:

Municipio: Código:

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE PA NIT TI RC No. de documento:

Dirección residencia:

Departamento: Código: Teléfono ó celular:

Municipio: Código:

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al beneficio reclamado:

Concepto reclamado	X	Valor reclamado
Gastos funerarios	☐	
Muerte de la Víctima	☐	
Incapacidad permanente	☐	

IX. AMPAROS QUE RECLAMA

Yo, identificado con la cédula de ciudadanía No. de declaro bajo la gravedad del juramento que la información contenida en este documento es cierta y podrá ser verificada por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación y autorizo expresamente al médico o entidad Hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

Firma del redamante

Impresión dactilar

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

2.1 Instructivo de diligenciamiento del FURPEN

Nota: Este formato aplica para la presentación de Reclamaciones para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a Personas Naturales víctima de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito.

Instrucciones Generales:

- Se debe diligenciar en forma clara para cada víctima de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito, en original y verificando que las copias sean legibles al igual que el original. El original se presentará al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos catastróficos y Accidentes de Tránsito y la copia la conservará el reclamante.
- El presente formato podrá ser presentado junto con un anexo técnico conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.

RADICACIÓN

- Fecha de Radicación: Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del Fosyga o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- Número de Radicación: Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del Fosyga o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- No. Radicado Anterior. Campo diligenciado por el reclamante en los casos en que la presentación corresponda a una reclamación por respuesta a una glosa. Escribir el radicado dado por el Consorcio en la primera presentación. Para este caso debe marcarse el espacio RG (respuesta a glosa)

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

- Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido: Escribir claramente y en cada campo los nombres y apellidos de la persona o de la entidad que hace la reclamación.
- Tipo de Documento: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cedula de Ciudadanía.

CE = Cedula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

- Número de Documento: Escribir en cada casilla uno a uno el número de documento de identidad.

Ejemplo: No. Documento	5	1	2	3	4	5	2	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

- Dirección domicilio, Departamento, Municipio, Teléfono: Escribir con claridad los datos correspondientes a Dirección, Teléfono, Departamento, Municipio de la persona o entidad reclamante.
- Parentesco o Relación con la Víctima: Escribir el tipo de parentesco con la víctima
Ejemplo: Padres, Cónyuge, Abuelos, Compañera (o) permanente, Hijos, Nietos, Hermanos, Apoderado.

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

- Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escribir claramente y en cada campo los nombres y apellidos de la víctima del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito.
- Tipo de Documento: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cedula de Ciudadanía.

CE = Cedula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

TI = Tarjeta de Identidad.

RC = Registro Civil.

AS = Adulto sin identificación

MS = Menor sin identificación

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 ancianatos.	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: Escribir con claridad el número de documento de la víctima.
- Fecha de Nacimiento: Escribir la fecha de nacimiento en el formato día mes año.
- Sexo: Marcar con una X la casilla correspondiente M masculino, F femenino.
- Dirección Domicilio, Departamento, Municipio, Teléfono: Escribir con claridad y en cada uno de los campos de dirección, departamento, municipio y teléfono de la víctima.

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

- Zona: Marque la Casilla que corresponda a la zona de residencia de la víctima R = Rural
U = Urbana.
- Condición del Accidentado: Campo obligatorio cuando se trate de accidente de tránsito. Marque con una X la casilla correspondiente. Conductor, Peatón, Ocupante, Ciclista.
- Fecha en caso de Muerte: Escribir la fecha de muerte en el formato día mes año.

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

- 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 donde ocurrió el accidente, Departamento, Municipio, Teléfono: Escribir con claridad los datos de ubicación del evento o accidente de tránsito. Para la dirección del accidente o evento, sólo se admite lugar cuando en el sitio no exista nomenclatura.
- Fecha y Hora del Accidente o Evento: Escribir la fecha en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas. Ejemplo:

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

D D M M A A A A

Fecha Accidente 2 0 1 1 2 0 0 5

Hora 1 3 5 2

- Zona: Marque con una X la casilla correspondiente a la Zona donde ocurrió el evento
U = Urbana, R = Rural
- Descripción Breve del Evento/Accidente: Enuncie las principales características del accidente o evento.

IV. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (PARA ACCIDENTES DE TRANSITO)

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

- Estado de Aseguramiento del Vehículo: Marcar con X de acuerdo a lo correspondiente:

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

Carro Fantasma: si el vehículo que ocasionó el accidente no está identificado o se fugó del sitio del accidente.

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

No Asegurado: Si no existe póliza de seguro o si la póliza está vencida

Carro fantasma: Cuando los datos del vehículo no pueden ser registrados.

Póliza falsa: Si en el momento del accidente presenta póliza falsa.

Vehículo en fuga: Si en el momento del accidente, el carro involucrado se da a la fuga, pero se logra obtener el número de la placa de dicho vehículo.

- **Marca:** Utilizar el espacio asignado escribiendo con claridad la marca del vehículo involucrado en el accidente.
- **Número de Placa:** Escribir en cada una de las casillas con claridad las letras y los números de la placa del vehículo involucrado en el accidente. No se debe registrar, guiones, asteriscos, ni información diferente a letras y números.
- **Tipo de Servicio:** Marque con una X el servicio del vehículo involucrado en el accidente de acuerdo con el Código Nacional de Tránsito Terrestre Ley 769 de 2002, a saber:

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

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

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

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

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

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

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

- **Nombre de la Aseguradora:** Corresponde a la compañía de Seguros que expidió la póliza. La fuente de información para este caso será la que se tome del SOAT.
- **Número de la Póliza:** Escribir claramente los números que identifican la póliza. La fuente de información para este caso será la que se tome del SOAT.

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

- Intervención de Autoridad: Marque con X si hubo o no intervención de la autoridad de tránsito y transporte.

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

- Primer Nombre Propietario –Segundo Nombre – Primer Apellido – Segundo Apellido: Escribir claramente y en cada casilla los nombres y apellidos del Propietario.
- Tipo de Documento Propietario: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cedula de Ciudadanía.

CE = Cedula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

NIT = Número de identificación tributaria

TI = Tarjeta de Identidad

RC = Registro Civil

CD = Carnet Diplomático

- Número de Documento: Escribir con claridad el número de documento del Propietario del vehículo.
- Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Propietario: Escribir con claridad los datos referentes al domicilio del conductor

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

- Primer Nombre Conductor, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido: Escribir claramente y en cada campo los nombres y apellidos del conductor del vehículo.
- Tipo de Documento Conductor: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cedula de Ciudadanía.

CE = Cedula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

TI = Tarjeta de Identidad.

AS = Adulto sin identificar

Para el caso del tipo AS, debe tenerse en cuenta lo definido en la Resolución 2232 de 2015 para la población especial así:

CONDICIÓN	TIPO DOCUMENTO	LONGITUD MÁXIMA DEL DATO	COMPOSICIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
Personas de la tercera edad en protección de ancianatos.	AS	10	Código departamento + código municipio + S + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 08001S8125.
Comunidad indígena que no esté identificada	AS	10	Código departamento + código municipio + I +

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

por la Registraduría Nacional del Estado Civil.			consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 760018125.
Habitantes de la calle mayores de edad.	AS	10	Código departamento + código municipio + D + consecutivo por afiliado (Alfanumérico). Ej: 05001D0008.

- Número de Documento: Escribir con claridad el número de documento de identidad del conductor.
- Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Conductor: Escribir con claridad los datos referentes al domicilio del conductor.

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marcar con X en la casilla frente al valor del reclamo, el cual deberá ser sustentado con Los documentos correspondientes. Los amparos por los cuales se puede reclamar son: Incapacidad Permanente, Muerte de la Víctima, Gastos Funerarios.

VIII. DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Se deben diligenciar de forma clara, el nombre e identificación del reclamante, así como la firma y huella dactilar, del índice derecho.

2.2 ARCHIVO FURPEN

Nombre del archivo: FURPENDOCUMENTORECLAMANTEDDMMAAAA dónde:

FURPEN: Obligatorio, indica que el archivo corresponde a FURPEN.

DOCUMENTORECLAMANTE: Obligatorio, número de identificación del reclamante como se registra en el documento de identidad.

DDMMAAAA: Indica la fecha de generación del archivo

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
1. Datos del reclamante.				
1	Número 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	Primer apellido del reclamante	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad.		20
4	Segundo apellido del reclamante	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30
5	Primer nombre reclamante	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad.		20
6	Segundo nombre del reclamante	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30
7	Tipo de documento de identidad del reclamante	Campo obligatorio. CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte.	CC, CE, PA	2
8	Número de documento de identidad del reclamante.	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad.		16
9	Dirección residencia del reclamante	Campo obligatorio.		40

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
10	Código del departamento de residencia del reclamante	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
11	Código del municipio de residencia del reclamante	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
12	Teléfono del reclamante	Campo obligatorio.		10
13	Parentesco del reclamante con la víctima	Campo obligatorio. 1 = Padre 2 = Cónyuge 3 = Abuelo 4 = Compañero(a) Permanente 5 = Hijo 6 = Nieto 7 = Hermano 8 = Apoderado	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1
2. Datos de la víctima del evento catastrófico o accidente de tránsito				
14	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.	CC, CE, PA, TI, RC, AS, MS	2
15	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).		16

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
		Ejemplo: 05001NN890123456		
16	Primer apellido de la víctima	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad.		20
17	Segundo apellido de la víctima	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30
18	Primer nombre de la víctima	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad.		20
19	Segundo nombre de la víctima	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30
20	Fecha de nacimiento de la víctima	Campo obligatorio. Corresponde a la fecha de nacimiento de la víctima.	Formato DD/MM/AAAA	10
21	Sexo de la víctima	Campo obligatorio. F = Femenino M = Masculino	F, M	1
22	Dirección de residencia de la víctima			40
23	Código del departamento de residencia de la víctima	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
24	Código del municipio de residencia de la víctima	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
25	Teléfono de la víctima			10
26	Zona donde ocurrió el evento	Campo obligatorio. U = Urbana R = Rural	U, R	1
27	Condición del accidentado	Indica la condición de la víctima en el momento del accidente. Campo obligatorio para el tipo de evento 01 Accidentes de	1, 2, 3, 4	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

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		tránsito. 1 = Conductor 2 = Peatón 3 = Ocupante 4 = Ciclista		
28	Fecha en caso de muerte	Campo obligatorio en caso de que el amparo reclamado sea 1 = Gastos Funerarios 2 = Indemnización por muerte 4 = Gastos funerarios e indemnización por muerte	Formato DD/MM/AAAA	10
3. Datos del sitio donde ocurrió el evento.				
29	Naturaleza 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 16 = Huracán 17 = Otro 25 = Rayo 26 = Vendaval 27 = Tornado	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27.	2
30	Descripción de otro evento	Campo obligatorio si la naturaleza del evento es otro (17)		25
31	Dirección ocurrencia del evento	Campo obligatorio.		40
32	Fecha ocurrencia del evento	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

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
33	Hora de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
34	Código departamento de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	2
35	Código municipio de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	3
36	Zona donde ocurrió el evento	Campo obligatorio. U = Urbana R = Rural	U, R	1
4. Datos del vehículo, en caso en que el evento sea accidente de tránsito.				
37	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
38	Marca	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		15
39	Placa	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 5.		10
40	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
41	Número de póliza SOAT	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1 o 4.	Como se registra en la póliza SOAT	20
42	Fecha de inicio de vigencia de la póliza	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1 o 4.	Formato DD/MM/AAAA	10
43	Fecha final de	Campo obligatorio si el estado	Formato	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
	vigencia de la póliza	de aseguramiento es 1 o 4.	DD/MM/AAAA	
44	Intervención autoridad	Campo obligatorio. Se identifica si hace presencia o no una autoridad competente. 0 = No 1 = Si	0, 1	1
45	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
46	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	CC, CE, PA, TI, RC, NI	2
47	Número de documento de identidad del propietario del segundo vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16
48	Placa del tercer vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 5, si no existe tercer vehículo es un campo vacío.		10
49	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
50	Número de documento del	Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4, registrar como		16

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
	propietario del tercer vehículo involucrado	aparece en la tarjeta de propiedad		
5. Datos del propietario del vehículo involucrado en el accidente de tránsito.				
51	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 tributaria	CC, CE, PA, TI, RC, NI.	2
52	Número de documento de identidad del propietario	Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16
53	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
54	Segundo apellido del propietario	Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		30
55	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
56	Segundo nombre del propietario	Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		30
57	Dirección de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		40
58	Teléfono del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		10
59	Código de departamento de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
60	Código de municipio de residencia del propietario	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
	propietario			
6. Datos del conductor del vehículo involucrado en el accidente de tránsito.				
61	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
62	Segundo apellido del conductor	Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		30
63	Primer nombre del conductor	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4. Registra como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		20
64	Segundo nombre del conductor	Como se registra en el documento de identidad o en la licencia de conducción		30
65	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
66	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: 5001NN890123456		16

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
67	Dirección de residencia conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		40
68	Código de departamento de residencia conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
69	Código de municipio de residencia conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	3
70	Teléfono de residencia conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		10
7. Amparos que reclama.				
71	Amparo reclamado	Campo obligatorio 1= Gastos Funerarios 2 = Indemnización por muerte 3= Indemnización por incapacidad permanente 4= Indemnización por muerte y Gastos Funerarios.	1, 2, 3, 4	1
72	Valor reclamado de gastos funerarios	Campo Obligatorio en caso de cobro por gastos funerarios. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
73	Total Folios	Campo obligatorio. Indica el número de folios que se anexan a la reclamación.		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

3. Formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas - FURTRAN

 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN			
Fecha De Entrega	DDMMAAAA	RG ☐	No. Radicado
No. Radicado anterior (respuesta a glosa, marcar en RG)			
I. DATOS DEL TRANSPORTADOR (Si es persona natural diligenciar los campos referentes a nombres y apellidos)			
Nombre Empresa de Transporte Especial o Reclamante			
Código de habilitación Empresa de Transporte Especial			
1er Apellido			
2do. Apellido			
1er Nombre			
2do. Nombre			
Tipo de Documento	CC CE PA NT		
Tipo de Servicio:	Ambulancia Básica ☐ Ambulancia Médica ☐		
Si es Persona Natural-tipo Servicio	Particular ☐ Público ☐ Oficial ☐ Vehículo de servicio diplomático o consular ☐		
	Vehículo de transporte masivo ☐ Vehículo escolar ☐ Otro ☐ Cuál?		
En vehículo con placa No.			
Dirección de la empresa operadora que realiza el transporte:			
Teléfono o celular:			
Departamento:			Código:
Municipio:			Código:
II. RELACION DE VICTIMAS TRASLADADAS			
Tipo documento permitido:	CC CE PA TI AS MS		
No.Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre
1			
2			
3			
4			
5			
Tipo de evento que sujeta la movilización: Accidente de tránsito: ☐ Evento catastrófico: ☐ Evento terrorista: ☐ Otro: ☐			
Descripción del otro evento:			
III. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA O VICTIMAS			
Dirección			
Departamento		Código:	Zona
Municipio		Código:	
IV. CERTIFICACION DE TRASLADO DE VICTIMAS			
La Institución Prestadora de Servicios de Salud certifica que la entidad de Transporte Especial o Persona Natural efectuó el traslado de la víctima a esta IPS			
El día	D D M M A A A A		
	a las H H M M		
Nombre IPS que atendió la víctima			
NIT:			
Código Ips:			
Dirección			
Departamento		Código:	Teléfono
Municipio		Cod.	
Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA RESPONSABLE PARA TRAMITE DE ADMISIONES DE LA IPS	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURAL QUE REALIZO EL TRANSPORTE			

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

3.1. Instructivo de diligenciamiento del FURTRAN

Nota: Este formato aplica para la presentación de reclamaciones por las empresas de transporte especial debidamente habilitadas o personas naturales que hayan prestado el servicio de transporte de las víctimas de Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito.

Instrucciones Generales:

- Este amparo comprende los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del evento a la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, a donde sea llevada la víctima.
- Para el caso de empresas o IPS especializadas en transporte, el presente formato debe presentarse en el anexo técnico conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación. Para las personas naturales la presentación del anexo técnico es opcional.

I. RADICACIÓN

- Fecha de Entrega: Campo diligenciado por el Fosyga o quien haga sus veces o por la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- Número de Radicación: Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del Fosyga o la Compañía de Seguros en el momento de la recepción de la reclamación.
- Número de Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG). Campo diligenciado por las IPS, entidades o personas reclamantes, en los casos en que la presentación corresponda a una reclamación por respuesta a glosa, escriba el radicado dado por el Consorcio en la primera presentación.

II. DATOS DEL TRANSPORTADOR

- Nombre de Empresa de Transporte Especial o Reclamante: Escriba el nombre de la empresa que realizó el transporte de la víctima. En caso de ser persona Natural, escriba claramente el nombre de la persona que reclama.
- Código de habilitación Empresa de Transporte Especial En caso de empresas especializadas en transporte medicalizado, escriba el código de habilitación asignado por la Entidad Territorial.
- Primer Nombre, Primer Apellido: Escribir claramente y en cada campo el primer nombre y primer apellido de la persona que hace la reclamación; campo obligatorio cuando el transporte primario lo realiza una persona natural.

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

- Segundo Nombre, Segundo Apellido: Escribir claramente y en cada campo el segundo nombre y segundo apellido de la persona que hace la reclamación cuando el transporte primario es prestado por una persona natural.
- Tipo de Documento: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento de acuerdo a:

CC = Cedula de Ciudadanía.

CE = Cedula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

TI = Tarjeta de Identidad

NIT = Nit

CD = Carnet Diplomático

- Número de Documento: Escriba en cada una de las casillas cada número del documento de identidad. Cuando se trate de número de NIT, existe una casilla para diligenciar el número del dígito de verificación.
- Tipo de Servicio: Marque con X la casilla correspondiente al tipo de servicio: Ambulancia Básica, Ambulancia medicalizada.

Si el reclamante es persona Natural, marcar con X el tipo de Servicio: Particular, Servicio Público, oficial, transporte escolar, transporte consular o diplomático, transporte masivo, u otro tipo de servicio, en cuyo caso deberá especificarse el tipo de transporte.

- En vehículo con placa No. escriba el número de placa de la ambulancia o vehículo en la que se trasladó la víctima.
- Dirección Domicilio, Departamento, Municipio, Teléfono: Escribir con claridad y en cada uno de los campos de dirección, departamento, municipio y teléfono del conductor o de la empresa que realizó el transporte.

III. DATOS DE LA VICTIMA TRASLADADA

- Tipo Documento: Escriba el tipo de documento de la víctima de acuerdo a la siguiente codificación:

CC = Cedula de Ciudadanía.

CE = Cedula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

TI = Tarjeta de Identidad.

RC = Registro Civil.

AS = Adulto sin identificación

MS = Menor sin identificación

CD = Carnet diplomático

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.

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

- Primer nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo apellido: Escriba en cada casilla los datos correspondientes a nombres y apellidos de la víctima.

IV. LUGAR EN EL QUE SE RECOGE LA VICTIMA

- Dirección, Departamento, Municipio, Zona: Escribir con claridad los datos de ubicación en donde se recoge la víctima.

V. CERTIFICACIÓN DE TRASLADO DE VICTIMAS

- El día y Hora: escribir la fecha y la hora en la que se traslado la víctima a la IPS.
- Nombre IPS que certifica, Número de Nit, Código: Escriba los datos de la IPS a donde se traslada la víctima, y el número de Nit y el código de habilitación.
- Dirección, Departamento, Municipio, Teléfono: Escriba los datos de ubicación de la IPS a donde se traslada la víctima.
- Nombre, Firma. Este documento debe incluir la firma y nombres del representante legal o persona responsable de la IPS que recibe la víctima, con el fin de certificar el transporte realizado por la ambulancia o por el transporte privado.

3.2 ARCHIVO FURTRAN

Nombre del archivo: **FURTRANCODIGOHABILITACIONDDMMAAAA** donde:

FURTRAN: Formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas.

CÓDIGO HABILITACIÓN: Código de la IPS que certifico.

DDMMAAAA: Fecha de emisión de la certificación.

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
1. Datos del transportador reclamante.				
1	Número del 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

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
3	Nombre de la empresa de transporte o razón social	Campo obligatorio si el reclamante no corresponde a persona natural.		60
4	Código de habilitación del prestador de servicios de salud.	Campo obligatorio para empresas especializadas de transporte médico. Se registra el código de habilitación asignado por la Dirección Departamental de Salud.		12
5	Primer apellido de la persona natural reclamante	Campo obligatorio si el reclamante corresponde a persona natural.		20
6	Segundo apellido de la persona natural reclamante			30
7	Primer nombre de la persona natural reclamante	Campo obligatorio si el reclamante corresponde a persona natural.		20
8	Segundo nombre de la persona natural reclamante			30
9	Tipo de documento de identidad del reclamante	Campo obligatorio si el reclamante corresponde a persona natural. CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte. CD=Carnet Diplomático	CC, CE, PA, CD	2
10	Numero de documento de identidad del reclamante	Campo obligatorio si el reclamante corresponde a persona natural y se registra como aparece en el documento de identidad.		16
11	Tipo de Vehículo o de servicio de ambulancia	Campo obligatorio. De acuerdo con las definiciones en el Código Nacional de Tránsito Terrestre (Ley 769 de 2002) y el anexo técnico No. 1 de la resolución 1439 de 2002: 1 = Ambulancia básica 2 = Ambulancia medicalizada	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	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

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		3 = Particular 4 = Público 5 = Oficial 6 = De emergencia 7 = Diplomático o consular 8 = Transporte masivo 9 = Escolar 0 = Otro		
12	Otro tipo de vehículo o servicio de ambulancia	Campo obligatorio en el caso que se selecciones otro tipo de servicio(0)		20
13	Placa del vehículo en el que se realizó el traslado	Campo obligatorio. Como se registra en la tarjeta de propiedad.		10
14	Dirección del reclamante	Campo obligatorio		40
15	Teléfono del reclamante	Campo obligatorio.		10
16	Código del departamento de residencia del reclamante	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
17	Código del municipio de residencia del reclamante	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
2. Relación de víctimas trasladadas.				
18	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
19	Numero de documento de identidad de la víctima	Campo obligatorio. Corresponde al número de identificación de la víctima. Para las víctimas con		16

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
		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		
20	Primer nombre de la víctima	Campo obligatorio. Como se registra en el documento de identidad.		20
21	Segundo nombre de la víctima			30
22	Primer apellido de la víctima	Campo obligatorio. Como se registra en el documento de identidad.		20
23	Segundo apellido de la víctima			30
24	Tipo de evento que suscita la movilización	Campo obligatorio. 1 = Accidente de tránsito 2 = Evento Catastrófico 3 = Evento Terrorista	1,2,3	1
3. Lugar donde se recoge a las víctimas.				
25	Dirección donde recoge la víctima	Campo obligatorio.		40
26	Código departamento donde se recoge la víctima	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	2
27	Código municipio donde se recoge la víctima	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	3
28	Zona donde se recoge la víctima	Campo obligatorio. U = Urbana R = Rural	U, R	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

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
4. Certificación de traslado de víctimas.				
29	Fecha de traslado de la víctima al primer centro asistencial	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
30	Hora de traslado al centro asistencial	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
31	Código de habilitación de la IPS que recepciona a la víctima	Campo obligatorio. El código de habilitación asignado por la Dirección Departamental de Salud.		12
32	Código del departamento donde se recoge la víctima	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
33	Código del municipio donde se recoge la víctima	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
34	Total Folios	Campo obligatorio.		3

4. Formulario único de certificación del censo de víctimas eventos catastróficos – FURCEN

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

 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL CERTIFICACION DEL CENSO DE VICTIMAS-EVENTOS CATASTROFICOS - FURCEN					
Fecha Radicación		D D M M A A A A		No. Radicado	
Fecha Expedición del Certificado		D D M M A A A A		HOJA No	DE
I. IDENTIFICACION DEL EVENTO CATASTROFICO					
Fecha y hora del evento		D D M M A A A A		H H M M	
Naturales:	Sismo	☐	Maremoto	☐	Erupciones Volcánicas
	Inundaciones	☐	Avalancha	☐	Deslizamiento de Tierra
	Rayo	☐	Vendaval	☐	Tornado
		☐		☐	
Terroristas:	Explotación	☐	Masacre	☐	Mina Antipersonal
	Incendio	☐	Ataques a Municipios	☐	Combate
Otros ☐ Cual?					
Dirección de la ocurrencia					
Departamento				Cod.	
Municipio				Cod.	
				Zona	
II. IDENTIFICACION DE LAS VICTIMAS DEL EVENTO CATASTRÓFICO					
Tipo de documento permitido					
Tipo Doc	No. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
III. APROBACION DE CERTIFICACION					
1er Apellido		2do. Apellido			
1er Nombre		2do. Nombre			
Tipo de Documento		No. Documento			
Firma					
Total Folios					

4.1. Instructivo de diligenciamiento del FURCEN

Nota: Este formato aplica para los Consejos municipales de gestión del riesgo de desastres en el que se incluyen las víctimas de evento terrorista o catastrófico.

Instrucciones Generales:

- Se debe diligenciar en forma clara, sin enmendaduras.
- El presente formato debe presentarse junto con el anexo técnico conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presentación de la reclamación.
- Este formato junto con el anexo técnico, se enviará al Administrador del encargo fiduciario del FOSYGA, con copia a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad que realizó el correspondiente censo se quedará con copia de este documento.

RADICACIÓN

- Fecha de radicación: Campo diligenciado por el Encargo Fiduciario del FOSYGA en el momento de la recepción de la reclamación.

I. IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO CATASTRÓFICO

- Tipo de Evento: Marque con X el tipo de evento si es catastrófico natural o terrorista y seleccione cual.
- Fecha y Hora del Evento: Escribir la fecha en formato Día, Mes, Año en la casilla asignada y la hora en formato 24 horas. Ejemplo:

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

D D M M A A A A

Fecha del Evento 2 0 1 1 2 0 0 5

H H M M

Hora 1 3 5 2

- Dirección donde ocurrió el evento, Departamento, Municipio: Escribir con claridad los datos de ubicación del evento.

II. IDENTIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DEL EVENTO CATASTRÓFICO

- En cada una de las líneas dispuestas en el formulario diligenciar los datos de identificación de cada víctima.

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

- Tipo de Documento de Identidad: Escriba las letras que identifican el tipo de documento así:

CC = Cedula de Ciudadanía.

CE = Cedula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

TI = Tarjeta de Identidad.

RC = Registro Civil.

AS = Adulto sin identificación

MS = Menor sin identificación

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

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

			*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: Escribir el número de documento de identidad correspondiente a la víctima.
- Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escribir los nombres y apellidos de las víctimas de forma legible en cada una de las casillas diseñadas para cada campo.

III. APROBACIÓN DE CERTIFICACIÓN

- Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre: Escribir los nombres y apellidos de la persona que certifica que las personas relacionadas son víctimas del evento descrito.
- Tipo de documento: Marque con una X el tipo de documento al que corresponde.
- Número de Documento: Escribir el número de identificación del documento.

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

4.2 ARCHIVO FURCEN (Identificación del evento catastrófico y aprobación de certificación)

Nombre del archivo: FURCENCODIGOEVENTODDMMAAAAMMHH donde:

FURCEN= Obligatorio, indica que el archivo corresponde a FURCEN.

CODIGOEVENTO= Código del evento de ocurrencia.

DDMMAAAA= Fecha de ocurrencia evento.

HHMM= Hora de ocurrencia del evento.

Esta certificación deben relacionar víctimas afectadas en su integridad física (Heridas) o personas fallecidas.

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
1. Identificación del evento catastrófico.				
1	Fecha de certificación	Campo obligatorio	Formato DD/MM/AAAA	10
2	Fecha del evento	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
3	Hora del evento	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
4	Naturaleza del evento	Campo obligatorio. 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 16 = Huracán 17 = Otro 25 = Rayo 26 = Vendaval 27 = Tornado	02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27	2
5	Descripción de otro evento	Campo obligatorio si la naturaleza del evento es otro (17)		25
6	Dirección o lugar de ocurrencia del evento	Campo obligatorio		40

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
7	Código del departamento donde ocurrió el evento	Campo obligatorio	Codificación DANE	2
8	Código del municipio donde ocurrió el evento	Campo obligatorio	Codificación DANE	3
9	Zona donde ocurrió el evento	Campo obligatorio U = Urbana R = Rural	U, R	1
2. Identificación de las víctimas en el evento catastrófico.				
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
11	Numero de documento de identidad de la víctima	Campo obligatorio. Para las víctimas sin identificar se debe usar MS o AS de acuerdo a la 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	Primer nombre de la víctima	Campo obligatorio. Como se registra en el documento de identidad. En el caso de no identificarse usar NN.		20
13	Segundo nombre de la víctima	Como se registra en el documento de identidad		30
14	Primer apellido de la víctima	Campo obligatorio. Como se registra en el documento de identidad. En el caso de no identificarse usar NN		20
15	Segundo apellido	Como se registra en el documento		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

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
	de la víctima	de identidad		
3. Aprobación de certificación.				
16	Primer apellido de la persona certificadora	Campo obligatorio Como se registra en el documento de identidad		20
17	Segundo apellido de la persona certificadora			30
18	Primer nombre de la persona certificadora	Campo obligatorio Como se registra en el documento de identidad		20
19	Segundo nombre de la persona certificadora			30
20	Tipo de documento de identidad de la persona certificadora	Campo obligatorio. CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte.	CC, CE, PA	2
21	Numero de documento de identidad de la persona certificadora	Campo obligatorio		16
22	Autoridad certificadora	Campo obligatorio 1 = Comités locales y/o regionales de emergencias. 2 = Alcalde de la localidad. 3 = Procuraduría General de la Nación. 4 = Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia. 5 = Personería municipal o distrital. 6 = Defensoría del Pueblo. 7 = Autoridades correspondientes de la Policía Nacional o Ejército	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1
23	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

TABLA PARAMÉTRICA DE TIPO DE DOCUMENTO

VALORES PERMITIDOS	DESCRIPCIÓN TIPO DE DOCUMENTO	LONGITUD	TIPO DE DATO	
MS	Menor Sin Documento de Identificación	12	Alfanumérico	Sólo para población especial, menor de 18 años, no identificados por RNEC.
RC	Registro civil de nacimiento expedido por RNEC	11	Alfanumérico	Longitud y tipo de dato permitido para Registro Civil asignado por la RNEC.
TI	Tarjeta de identidad expedida por RNEC	11	Alfanumérico	Longitud y tipo de dato permitido para Tarjeta de Identidad asignada por la RNEC.
CC	Cédula de ciudadanía expedida por RNEC	10	Numérico	Longitud y tipo de dato permitido para Cédula de ciudadanía asignada por la RNEC.
CE	Cédula de extranjería expedida por la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, o la entidad que haga sus veces, para mayores de 7 años de edad	8	Alfanumérico	Longitud y tipo de dato permitido para extranjeros mayores de 7 años residentes en Colombia con Cédula de Extranjería expedida por la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia o la entidad que haga sus veces.
PA	Pasaporte sólo para menores de 7 años, de acuerdo con lo establecido en el decreto 834 de 2013	16	Alfanumérico	Longitud y tipo de dato permitido para menores de 7 años identificados con Pasaporte.
CD	Carné Diplomático expedido por la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia o la entidad que haga sus veces	11	Alfanumérico	Expedidos por la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia o la entidad que haga sus veces.
AS	Adulto sin documento de identificación	10	Alfanumérico	Sólo para población especial, mayor de 18 años, no identificados por RNEC.

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