

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE PAGO DE RECLAMACIONES SOAT

ACCIDENTES DE TRÁNSITO OCURRIDOS A PARTIR DEL 14 DE ENERO DE 2015

- DECRETO 056 DE 2015: Por el cual se establecen las reglas y las condiciones de cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocurridos a partir del catorce (14) de enero de dos mil quince (2015).

AMPARO A: GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	
1)	Para personas Naturales el FURPEN (Anexo A); para personas Jurídicas el FURIPS (Anexo B).
2)	Para reclamaciones por Servicios de Salud de Urgencias y hospitalización presentar el Epicrisis; para reclamaciones por Servicios de Salud Ambulatorios presentar el Resumen Clínico.
3)	Documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención.
4)	Factura Original: O documento equivalente de la IPS que presto el servicio.
5)	Factura o documento equivalente del proveedor de la IPS: Cuando se reclame el valor de material de osteosíntesis.
<i>- Art. 26. Solicitud de los servicios de salud. - Cobertura por cada Víctima de Accidente de Tránsito hasta 800 SMLDV</i>	

AMPARO B: INCAPACIDAD PERMANENTE	
1)	Para personas Naturales el FURPEN (Anexo A).
2)	Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral: En firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del Decreto-ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.
3)	Para reclamaciones por Servicios de Salud de Urgencias y hospitalización presentar el Epicrisis; para reclamaciones por Servicios de Salud Ambulatorios presentar el Resumen Clínico.
4)	Sentencia judicial ejecutoriada: En la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.
5)	Copia del registro civil de la víctima: Cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.
6)	Poder en original: Mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad.
<i>- Art. 27. Solicitud de pago de la indemnización por incapacidad permanente - Cobertura por cada Víctima de Accidente de Tránsito hasta 180 SMLDV</i>	

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE PAGO DE RECLAMACIONES SOAT

AMPARO C: MUERTE DE LA VÍCTIMA Y GASTOS FUNERARIOS	
1)	Para personas Naturales el FURPEN (Anexo A).
2)	Epicrisis o resumen clínico de atención: Si la víctima de accidente de tránsito fue atendida antes de su muerte.
3)	Registro Civil de Defunción de la víctima.
4)	Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la Fiscalía General de la Nación.
5)	Copia del Registro Civil de Matrimonio: Cuando sea el cónyuge quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes, o acta de conciliación extraprocesal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.
6)	Copia de los registros civiles de nacimiento: Cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos.
7)	Copia del Registro Civil de Nacimiento de la víctima: Cuando sean los padres de la víctima los reclamantes.
8)	Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos: Cuando estos sean los reclamantes.
9)	Copia del documento de identificación de los reclamantes.
10)	Manifestación: En la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.
11)	Sentencia ejecutoriada: En la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes.
<i>- Art. 28. Solicitud de pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios. - Cobertura por cada Víctima de Accidente de Tránsito hasta 750 SMLDV</i>	

AMPARO D: GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	
1)	FURTRAN (Anexo C): Formulario Único de Reclamación de Gastos de Transporte y Movilización de Víctimas.
2)	Para personas Naturales el FURPEN (Anexo A).
3)	Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.
4)	Copia de la factura: Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia.
<i>- Art. 29. Solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial. - Cobertura por cada Víctima de Accidente de Tránsito hasta 10 SMLDV</i>	

ANEXO A

FURPEN

Formulario Único de Reclamación Personas Naturales



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

Fecha de radicación: No. Radicación:

No. Radicación anterior:

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: No. de documento:

Dirección:

Departamento: Código: Teléfono:

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: No. de documento:

Fecha de nacimiento: Sexo:

Dirección domicilio:

Departamento: Código: Teléfono:

Municipio: Código:

Zona:

Condición del accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

Fecha en caso muerte:

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

Naturaleza del Evento: Accidente de tránsito

Naturales:

Sismo Maremoto Erupciones volcánicas Huracán

Inundaciones Avalancha Deslizamiento de tierra Incendio natural

Rayo Vendabal Tornado

Terroristas:

Explosión Masacre Mina antipersonal

Incendio Ataque a municipios Combate

Otros: Cuál:

Dirección de la ocurrencia:

Fecha evento/accidente: Hora:

Departamento: Código:

Municipio: Código: Zona:

Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito

Enuncie las principales características del evento / accidente: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFES 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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Muerte de la Víctima	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Incapacidad permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

IX. AMPAROS QUE RECLAMA

Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ declaro bajo la gravedad de 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 reclamante Impresión dactilar

ANEXO B

FURIPS

Formulario Único de Reclamación
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



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 TRANSITO.
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha Radicación:
 RG:
 No. Radicado:
 No. Radicación Anterior (Respuesta a glosa, marcar X en RG):
 Nro Factura/ Cuenta de cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:
 Código Habilitación:
 Nit:

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

1er Apellido: 2do. Apellido:
 1er Nombre: 2do. Nombre:
 Tipo de Documento: No. Documento:
 Fecha de Nacimiento: Sexo:
 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 TRANSITO

Naturaleza del evento:
 Naturales: Accidente de tránsito 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: Hora:
 Departamento: Cod.:
 Municipio: Cod.: Zona:
 Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito:
 Enuncie las principales características del evento / accidente: _____

IV. DATOS DEL VEHÍCULO DE ACCIDENTE DE TRANSITO

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: Hasta: 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: No. Documento:
 Dirección Residencia:
 Departamento: Cod.: Teléfono:
 Municipio Residencia: Cod.:



**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
PERSONAS JURÍDICAS - 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 <input type="checkbox"/>		Orden de Servicio <input type="checkbox"/>															
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 VÍCTIMA

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 <input type="checkbox"/>		Ambulancia Medicada <input type="checkbox"/>		Lugar donde recoge la Víctima				Zona		U R							

IX. CERTIFICADO DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA VÍCTIMA 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

ANEXO C

FURTRAN

Formulario Único de Reclamación de
Gastos de Transporte y
Movilización de Víctimas



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
 FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS - FURTRAN

Fecha De Entrega

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 NIT Numero de documento:

Tipo de Servicio: Ambulancia Básica Ambulancia Medicada

Si es Persona Natural-tipo Servicio Particular Público Oficial Vehiculo de servicio diplomatico o consular

Vehiculo de transporte masivo Vehiculo escolar Otro Cual?

En vehiculo con placa No.

Dirección de la empresa operadora que realiza el transporte:

Telefono 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	Primer Apellido	Segundo Apellido
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de evento que suscita 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 U R

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 victima a esta IPS

El día a las

Nombre IPS que atendió la victima

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 gavedad 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 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

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA O DE LA PERSONA NATURLA QUE REALIZO EL TRANSPORTE