

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD****RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995****(Mayo 18)**

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de sus facultades legales en especial las conferidas en el Literal A, Artículo Quinto 5o. del Decreto 1813 de 1994.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. CAMPO DE APLICACIÓN. El Fondo de Solidaridad y Garantía Subcuenta de "Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito" reconocerá a las PERSONAS NATURALES víctimas de Eventos Catastróficos, las indemnizaciones por los amparos siguientes: (1) Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, (2) Incapacidad permanente, (3) Muerte de la víctima, (4) Gastos funerarios, (5) Gastos de transporte del sitio de ocurrencia del Evento Catastrófico a la Institución Prestadora del Servicio de Salud que atienda al paciente.

ARTÍCULO 2o. DEL FORMATO. Adoptar los términos contenidos en el Modelo de Reclamación Uniforme, relacionado con amparos que cubre el Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos y Accidentes de Tránsito, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 54 del Decreto ley 1298 de 1994, el cual es de obligatorio cumplimiento para las personas naturales, víctimas de Eventos Catastróficos. Dicho modelo se encuentra anexo a esta resolución y forma parte integral de la misma.

ARTÍCULO 3o. DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO. El formulario a que se refiere el Artículo Anterior, será diligenciado en formas clara y oportuna por las PERSONAS NATURALES siguiendo en forma precisa las instrucciones establecidas en el anexo al mismo.

PARÁGRAFO. El formulario de que trata el presente Artículo puede ser utilizado para el cobro de uno dos o más amparos, siempre y cuando corresponda a la reclamación de la misma persona que ha sido víctima del Eventos Catastrófico.

ARTÍCULO 4o. REQUISITOS PARA RECLAMAR. Las personas naturales deberán llenar los requisitos de acuerdo con la indemnización del amparo que reclame, así:

PARA RECLAMAR REEMBOLSOS POR EL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS.

1. Diligenciar el formulario único de cuenta de cobro para la reclamación al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito para personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos, anexo a la presente resolución.

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

ANEXOS:

Certificado expedido por el Comité Regional y/o local de Emergencia de la respectiva jurisdicción, donde conste la calidad de víctima afectada directamente por el Evento Catastrófico de que se trate. En los casos en los cuales exista en la Dirección Seccional, Local o Distrital de Salud respectiva, un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

Certificado de atención médica expedido por la Institución Prestadora de Servicios de Salud que atendió a la víctima del Evento Catastrófico.

Factura original expedida por la Institución prestadora de Servicios de Salud donde conste en formas detallada y discriminada los procedimientos médicos practicados a la víctima, medicamentos, insumos y demás servicios prestados al paciente. Todos los servicios deben ser liquidados de acuerdo con las tarifas establecidas en el Manual de Tarifas "SOAT" vigente, con el incremento del 18% de conformidad con lo dispuesto en el Decreto No. 473 de 1995.

PARA RECLAMAR LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

Diligenciar el formulario único de cuenta de cobro para la reclamación al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito para personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos, anexo a la presente resolución.

Anexos:

Certificado expedido por el Comité Regional y/o Local de Emergencia de la respectiva jurisdicción, donde conste la calidad de víctima afectada directamente por el Evento Catastrófico de que se trate. En los casos en los cuales exista en la Dirección Seccional, Local o Distrital de Salud respectiva, un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

Certificado sobre la incapacidad permanente expedida por la Junta de Calificación de Invalidez, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1836 de agosto 03 de 1994, y demás normas que la modifiquen o adicionen.

Certificado de atención médica expedida por la Institución Prestadora de Servicios de Salud que atendió a la víctima del Evento Catastrófico.

PARA RECLAMAR LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE MUERTE A LA VÍCTIMA.

Diligenciar el formulario único de cuenta de cobro para la reclamación al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito para personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos, anexo a la presente resolución.

ANEXOS:

1. Certificado expedido por el Comité Regional y/o local de Emergencia de la respectiva jurisdicción, donde conste la calidad de víctima afectada directamente por el Evento Catastrófico de que se trate. En los casos en los cuales exista en la Dirección Seccional, Local o Distrital de Salud respectiva, un Coordinador de Emergencias y

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

Desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

2. Registro o acta de defunción expedido por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, si la víctima fue atendida antes de su deceso.
3. Documentos específicos así:

Si quien reclama es el cónyuge sobreviviente.

Registro civil de matrimonio

Registro civil de los hijos menores de 18 años

Si quien reclama es la compañera o compañero permanente (unión libre)

Dos declaración extrajuicio donde conste esta relación

Registro civil de los hijos menores de 18 años

Si quienes reclaman son los padres (sólo cuando la víctima sea soltera y no tenga hijos reconocidos.

Registro civil de matrimonio de los padres

Registro civil de nacimiento de las víctimas

Si quien reclama es un hermano (sólo cuando sea soltera y no tenga hijos ni padres sobrevivientes)

Registro civil de nacimiento de la víctima

Registro civil del hermano sobreviviente

Registro civil de nacimiento de los hermanos sobrevivientes

PARA RECLAMAR LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS

Diligenciar el formulario único de cuenta de cobro para la reclamación al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito para personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos, anexo a la presente resolución.

ANEXOS:

Certificado expedido por el Comité Regional y/o Local de Emergencia de la respectiva jurisdicción, donde conste la calidad de víctima afectada directamente por el Evento Catastrófico de que se trate. En los casos en los cuales exista en la Dirección Seccional, Local o Distrital de Salud respectiva, un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

Factura original donde conste la relación de los servicios prestados, expedida por la funeraria.

Copia del acta de defunción expedido por la funeraria.

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

Certificado de atención médica expedida por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, si la víctima fue atendida antes de su deceso.

Si quien reclama es directamente la funeraria, ésta debe adjuntar el poder o carta de autorización de cobro otorgada por el familiar de la víctima o por quien ordenó los servicios funerarios.

PARÁGRAFO – La factura de servicios funerarios de que trata el numeral IV.2., debe llenar los siguientes requisitos:

Los de Ley

Se debe expedir en papel membreado donde conste la razón social de la funeraria, la dirección, Número de Identificación Tributaria (NIT) y número telefónico.

La funeraria expedirá la factura a nombre de la persona que ordene los servicios funerarios.

Especificar el (los) nombre (s) y apellido (s) de la víctima.

PARA RECLAMAR LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS DESDE EL SITIO DE OCURRENCIA DEL EVENTO HASTA LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD QUE ATIENDA LA VÍCTIMA.

Diligenciar el formulario única de cuenta de cobro para la reclamación al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito para personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos, anexo a la presente resolución.

ANEXOS:

Certificado expedido por el Comité Regional y/o Local de Emergencia de la respectiva jurisdicción, donde conste la calidad de víctima afectada directamente por el Evento Catastrófico de que se trate. En los casos en los cuales exista en la Dirección Seccional, Local o Distrital de Salud respectiva, un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

Diligenciar el numeral 6 del formulario de cuenta de cobro y hacerlo firmar y sellar por el formulario o trabajador debidamente autorizado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para tal efecto.

ARTÍCULO 5o. Además de los documentos exigidos para el pago de cada uno de los amparos enunciados en el Artículo anterior se podrán presentar las demás pruebas demás pruebas supletorias del estado civil previstas en la Ley.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

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

ALFONSO GÓMEZ DUQUE

Ministro de Salud

JOSÉ VICENTE CASAS DÍAZ

Secretario General

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

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

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

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE CUENTA DE COBRO PARA LA RECLAMACIÓN AL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA – SUBCUENTA RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO- PARA PERSONAS NATURALES VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS

INSTRUCCIONES GENERALES

1. Este formulario debe ser llenado por cada víctima del evento catastrófico en letra legible.
2. Se debe diligenciar en original y copia. El original para el Fondo de Solidaridad y Garantía y la copia para el reclamante.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

1. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

Nombres y apellidos	Escriba los nombres y apellidos de la persona que hacer la reclamación.
Documento de Identidad	Escriba el número del documento de Identidad de la persona que hace la reclamación.
De	Escriba el municipio donde fue expedido el documento de identificación del reclamante.
Dirección	Escriba la dirección donde vive la persona que presenta la reclamación.
Ciudad	Escriba la ciudad o el municipio donde vive el reclamante.
Teléfono	Escriba el número del teléfono del reclamante.
Parentesco con la víctima	Escriba el vínculo familiar o parentesco que el tiene el reclamante con la víctima. Ejemplo: esposa, si quien reclama es el cónyuge, etc.

2. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO

2.1. Información de la víctima

Apellidos y nombres	Escriba los apellidos y nombres de la persona víctima del evento catastrófico
Edad	Escriba la edad en años cumplidos
Sexo	Marque con una (1) equis (x), la casilla correspondiente, así: si la víctima es hombre se marca "M"; si es mujer se marcará el cuadro }"F".
Documento de Identidad	Escriba el documento de identidad de la víctima del evento catastrófico marcando con una equis (x) en el cuadro respectivo, así: cédula de ciudadanía (C.C); Tarjeta de Identidad (T.I.); Cédula de Extranjería (C.E.) y Pasaporte (PAS).
Número	Escriba el número de documento de identificación de a la víctima del Evento Catastrófico.

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

De	Escriba el nombre del municipio o país en que se expidió el documento de identidad.
Dirección	Escriba la dirección donde vive la víctima del evento catastrófico
Ciudad	Escriba el nombre de la ciudad o municipio donde la vive la víctima
Teléfono	Escriba el número del teléfono de la residencia de la víctima
Departamento	Escriba el nombre del departamento al cual pertenece el municipio donde vive la víctima
Empresa donde trabaja	Escriba el nombre de la empresa donde trabaja la víctima del evento catastrófico.
Dirección	Escriba la dirección de la empresa donde trabaja la víctima.
Ciudad	Escriba el nombre del municipio donde está ubicada la empresa
Afiliado al Sistema General de Pensiones:	Marque con una (1) equis la casilla correspondiente según esté o no afiliada la víctima al Sistema de Pensiones.
No. de afiliación	En caso de estar afiliado al Sistema General de Pensiones, escriba el número de afiliación.

3. IDENTIFICACIÓN DEL SITIO DEL EVENTO CATASTRÓFICO

Dirección	Escriba la dirección donde se presentó el evento catastrófico.
Municipio:	Escriba el nombre de la ciudad donde tuvo lugar el evento catastrófico.
Fecha de ocurrencia	Escriba el día, mes y año en que ocurrió el evento catastrófico
Departamento	Escriba el departamento donde se presentó el evento catastrófico
Zona Urbana	Marque con una (1) equis (x) si el evento catastrófico se presentó en la ciudad
Zona rural	Marque con una (1) equis (x) si el evento tuvo lugar en una vereda o en las afueras de la ciudad.

1.1 NATURALEZA DEL EVENTO CATASTRÓFICO

Naturales	Marque con una (1) equis (x) en el cuadro correspondiente. Ejemplo: si el evento catastrófico es un temblor se marcará el cuadro que precede a la palabra "Sismos" y así sucesivamente.
Tecnológicos	Marque con una (1) equis (x) en el cuadro correspondiente, si el evento catastrófico tuvo lugar como consecuencia de un proceso de producción, transporte o almacenamiento de sustancias o materiales. Ejemplo: si se presenta en un incendio en la fábrica se marcará con una (1) equis (x) en el cuadro que precede a la palabra "Incendio".
Terrorista	Marque con una (1) equis (x) el cuadro correspondiente si el evento catastrófico tuvo lugar como consecuencia de una bomba, se marcará el cuadro que precede a la palabra "Explosión".

2. DATOS SOBRE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

4.1. INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS (IPS)

Nombre	Escriba el nombre del hospital o clínica donde fue atendida la víctima del evento catastrófico.
NIT No.	Escriba El Número de Identificación Tributaria del Hospital o Clínica que atendió a la víctima del evento catastrófico.
Dirección	Escriba la dirección donde está ubicada la IPS que atendió al paciente.
Ciudad	Escriba el nombre donde funciona la IPS.
Teléfono	Escriba el número de teléfono de la IPS

4.2. Referencia

Paciente referido Por	Escriba el nombre de la institución que remite al paciente.
Dirección	Escriba la dirección de la institución remitente.
Ciudad	Escriba el nombre de la ciudad donde está ubicada la IPS remitente.
Teléfono	Escriba el número de teléfono de la IPS que remite al paciente
Paciente referido a	Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que recibe al paciente.
Dirección	Escriba la dirección completa de la IPS a donde se refiere al paciente.
Ciudad	Escriba el nombre de la ciudad donde está ubicada la IPS receptora.
Teléfono	Escriba el número de teléfono de la IPS receptora

3. AMPAROS RECLAMADOS

Escriba al frente de cada uno de los conceptos el valor en pesos (\$) equivalente al monto establecido en Salarios Mínimos Diarios.

Columna encabezada con S.M.D.L.V. Significa Salarios Mínimos Diarios Vigentes en le momento del accidentes y las cifras que aparecen frente a cada amparo son los valores máximos a que tiene derecho cada víctima de un Evento Catastrófico.

Columna encabezada VR. RECLAMADO en \$ Escriba el valor en pesos, según el amparo que está reclamando.

Columna encabezada VR. INDEMNIZADO en \$ Escriba el valor en \$ según el amparo que está reclamando.

4. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS

Apellidos y nombres del conductor	Escriba los apellidos y nombres del conductor del vehículo donde se transportó la víctima del evento catastrófico, desde el sitio de ocurrencia hasta la IPS que atiende al paciente.
C.C. No.	Escriba el número del documento de identidad del conductor
Dirección	Escriba la dirección de la residencia del conductor que transportó la víctima del evento catastrófico
Ciudad	Escriba el nombre de la ciudad donde vive el conductor que transportó la víctima del evento catastrófico
Teléfono	Escriba el número del teléfono del conductor que transportó la víctima

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

	del evento catastrófico
Transportó la víctima desde	Escriba la dirección del lugar donde recogió la víctima del evento catastrófico
Hasta	Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud a donde llevó la víctima del evento catastrófico.
Tipo de transporte	Marque con una (1) equis (x) el cuadro correspondiente al tipo de servicio del vehículo utilizado para el transporte de la víctima del evento catastrófico.
Otro (especifique)	En caso de que el tipo de servicios del vehículo sea diferente a los contemplados en el formato, indíquelo.
Placa No.	Escriba las letras y números de la placa del vehículo donde se transportó la víctima del evento catastrófico.
La IPS con Razón Social	Escriba el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud a donde se llevó la víctima del evento catastrófico.
Firma y sello de la entidad hospitalaria	Cuando el servicio de transporte de víctimas de eventos catastróficos sea prestado por personas naturales o empresas de transporte de pacientes, deben hacer firmar y sellar el formulario, por el servidor público que designe la IPS para tal efecto.
7. DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE	
En los espacios en blanco se debe escribir (1) los nombres y apellidos de la persona que hace la reclamación, (2) escribir el número del documento de identificación del reclamante y el nombre de la ciudad donde fue expedido el mismo.	
Firma de la persona que reclama	El formulario debe estar firmado por la persona que hace la reclamación.

RESOLUCION NUMERO 1602 DE 1995

Por la cual se fijan normas y procedimientos y se adoptan los Modelos de Reclamación Uniforme para el reconocimiento y pago de las indemnizaciones a personas naturales víctimas de Eventos Catastróficos.

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

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE CUENTA DE COBRO**GENERALES**

1. Se debe diligenciar en forma clara para cada víctima del evento catastrófico. Debe ser diligenciado en las oficinas de la administración del centro, tomando como base las tarifas establecidas para el SOAT.
En caso de que el espacio del formulario para la descripción de los servicios sea insuficiente se podrán utilizar hojas adicionales con la misma distribución, identificándolas con el número de la cuenta y paginándolas en forma consecutiva.

ESPECÍFICAS

- Cuenta de cobro No. : Escriba el número de la factura que le corresponda en le consecutivo que lleva la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Nombre : Escriba la razón social y el NIT de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que efectúa el cobro de la indemnización.
- Dirección, ciudad, teléfono : Escriba la dirección, el nombre de la ciudad o localidad donde está ubicada al Institución Prestadora de Servicios de Salud, al igual que su número telefónico.
- La suma de : Escriba en letras el valor de la cuenta.
- \$: Escriba en números el valor total de la cuenta.
- Por concepto de servicios de salud prestados a : Escriba los apellidos y nombres del paciente, víctima del evento catastrófico, a quien se le prestaron los servicios médicos.
- Documento de identidad : Marcar con una (1) equis (x) el cuadro correspondiente al tipo de documento de identidad, cédula de ciudadanía (C.C), tarjeta de identidad (T.I.), pasaporte (PAS) o cédula de extranjería (C.E.).

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