



**CIRCULAR EXTERNA No. Rad 179761
27 JUN.2008**

PARA: PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, PERSONAS NATURALES Y PARTICULARES RECLAMANTES ANTE LA SUBCUENTA ECAT DEL FOSYGA Y LOS COMITES LOCALES DE EMERGENCIA QUE REALIZAN LOS CENSOS DE VÍCTIMAS.

DE: DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y ANÁLISIS DE POLÍTICA DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

REFERENCIA: ANEXOS TECNICOS DE LOS FORMULARIOS PARA LA PRESENTACION DE LAS RECLAMACIONES CON CARGO A LA SUBCUENTA ECAT DEL FOSYGA.

FECHA:

La Resolución 1915 de 2008 “Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones”, señala en el artículo cuarto, que será la Dirección General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social, quien defina los anexos técnicos para la presentación de los formularios que se adoptaron por la Resolución. Por lo tanto, mediante la presente Circular se definen dichos anexos técnicos para cada uno de los formularios así:

1. Términos

De acuerdo con la Resolución 1915 de 2008, la presentación de los anexos técnicos debe realizarse en conjunto con los formularios físicos, a partir del 1 de Septiembre de 2008.

2. Especificaciones tecnológicas para la remisión de información

2.1. Medios.

Los siguientes son los formatos tecnológicos aceptados para el reporte de información ante el Administrador Fiduciario del FOSYGA.

- a. CD-ROM, de 74 min., 650 Megabytes o superior.
- b. Disquetes: de 3.5, alta densidad.

2.2 Características de los Formatos.

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. Cuando el dato no lleve valor (blanco), igual se debe incluir el campo separado por comas (,,).
- c) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (“”) ni cualquier otro carácter especial.
- d) Los campos tipo fecha deben tener el formato día/mes/año (DD/MM/AAAA) incluido el carácter slash (/).
- e) Los campos Números deben venir sin separación de miles, y no deben traer decimales.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Planeación y Análisis de Política
Sistemas de Información

- f) El número total de registros no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.
- g) No debe traer ningún carácter especial de **fin de archivo ni de registro**
- h) Las longitudes contenidas en los cuadros de esta resolución, se deben entender como el tamaño **MÁXIMO** del campo, los valores registrados en los planos que se enviarán entre las diferentes entidades, no deben tener ninguna justificación, no se les debe completar con ceros ni espacios, especialmente en los campos número de identificación, apellidos y nombres.
- i) Los campos texto donde se solicita un 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 FURPRO, 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.

3. Anexos Técnicos para:

- 3.1 Formulario Único de Reclamaciones-FURIPS
- 3.2 Formulario Único de Reclamación FURPRO
- 3.3 Formulario Único de Reclamaciones-FURPEN
- 3.4 Formulario Único de Reclamación FURTRAN
- 3.5 Formulario Certificación del Censo Víctimas FURCEN

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

ORIGINAL FIRMADO

JUAN PABLO TORO ROA

Director General de Planeación y Análisis de Política

Elaboró: Alexander Lagos S., Henry Cepeda Vega, Consorcio Fidufosyga 2005.

Revisó: Luz Marina Salcedo Molano, Coordinadora Grupo Sistemas de Información.

C:\Documents and Settings\hcepeda\Mis documentos\2008\Ecat\CIRCULAR_ANEXOS_TECNICOS 25_06.doc



3.1 ANEXO TÉCNICO

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

FURIPS

El presente Anexo técnico relaciona los campos que como mínimo deben mantener las instituciones prestadoras de salud IPS para la presentación de sus reclamaciones ante el FOSYGA

1. ARCHIVO FURIPS1

Nombre del archivo: FURIPS1CODIGOHABILITACIONDDMMAAAA donde:

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.

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.	CC, CE, PA, TI, RC, AS, MS	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 812 del 21 de marzo de 2007. 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 obligatorio. Corresponde a la fecha de nacimiento de la víctima.	Formato DD/MM/AAAA	10
13	Sexo de la víctima	Campo obligatorio. F = Femenino M = Masculino	F, M	1
14	Dirección de residencia de la víctima			40
15	Código del departamento de residencia de la víctima	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
16	Código del municipio de	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
	residencia de la víctima			
17	Teléfono de la víctima			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 16=Huracán 17= Otro	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.	2
20	Descripción del otro evento	Campo obligatorio si la naturaleza del evento es otro (17)		25
21	Dirección de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.		40
22	Fecha de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
23	Hora de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 horas)	5
24	Código del departamento de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
25	Código del municipio de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
26	Zona de ocurrencia del evento	Campo obligatorio. U = Urbana R = Rural	U, R	1



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
5. Datos del vehículo del accidente de tránsito.				
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 obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		15
29	Placa	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 5.		6
30	Tipo de Vehículo	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 5. 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 1 o 4.	Formato DD/MM/AAAA	10
34	Fecha final de vigencia de la póliza	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1 o 4.	Formato DD/MM/AAAA	10
35	Intervención de la autoridad	Campo obligatorio. Se identifica si hace presencia o no una autoridad competente. 0 = No 1 = Si	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



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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.		6
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	CC, CE, PA, TI, RC, NI	2
39	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
40	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.		6
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 tributaria	CC, CE, PA, TI, RC, NI.	2
44	Número de documento de identidad del propietario	Campo obligatorio. Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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 del departamento de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
52	Código del 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. Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		20
56	Segundo nombre del conductor	Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		30



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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 812 de 2007, 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 del departamento de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
61	Código del municipio de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	3
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 obligatorio Hora de salida de la IPS	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



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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 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.		6
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 el sitio no existe nomenclatura.		40
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 obligatorio U = Urbana R = Rural	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 obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
81	Fecha de egreso	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
82	Hora de egreso	Campo 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 de diagnóstico de egreso asociado 1	Código del diagnóstico al egreso de la víctima, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE-10	4
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



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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 médicos quirúrgicos	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
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



2. ARCHIVO FURIPS2 (CUENTA DE COBRO O 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 medicos quirurgicos 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 medicos 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 Para transporte primario aplicar el código 39601 del Decreto 2423/96 Para transporte secundario e insumos este campo es vacío.	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 para tipo de servicio cuatro (4) o cinco (5)	15



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
5	Descripción del insumo	Campo obligatorio cuando el tipo de servicio es cinco (5) y el insumo no esta 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



3.2 ANEXO TÉCNICO

Formulario Único de Reclamación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por Servicios de Rehabilitación y Suministro de Prótesis

FURPRO

El presente Anexo técnico relaciona los campos que como mínimo deben mantener las instituciones prestadoras de salud IPS para la presentación de sus reclamaciones ante el FOSYGA

ARCHIVO FURPRO

Nombre del archivo: FURPRO1CODIGOINSCRIPCIONDDMMAAAA donde:

FURPRO1: Obligatorio, indica que el archivo corresponde a FURPRO.

CODIGOINSCRIPCION: Obligatorio, código de la IPS, de acuerdo con la código de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y/o Distritales de Salud.

DDMMAAAA: Indica la fecha de generación del archivo

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
1. Datos de la reclamación.				
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
3	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. En el caso de entidad privada se debe diligenciar número de factura. Si es pública se debe diligenciar cuenta de cobro.		20
2. Datos de la institución prestadora de los servicios de salud				
4	Código de habilitación del prestador de Servicios de Salud	Campo obligatorio. De acuerdo con la codificación asignada por la Dirección Departamental de Salud.		12
3. Datos de la víctima.				
5	Primer apellido de la víctima	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad.		20
6	Segundo apellido de la víctima	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
7	Primer nombre de la víctima	Campo obligatorio. Registrar como aparece en el documento de identidad.		20
8	Segundo nombre de la víctima	Registrar como aparece en el documento de identidad.		30
9	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
10	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 812 del 21 de marzo de 2007. 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
11	Fecha de nacimiento de la víctima	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
12	Sexo de la víctima	Campo obligatorio. F = Femenino M = Masculino	F, M	1
13	Dirección de residencia de la víctima			40
14	Código del departamento de residencia de la víctima	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	2
15	Código del municipio de residencia de la víctima	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	3
16	Teléfono de la víctima			10
17	Condición de afiliación al SGSSS de la víctima	Campo obligatorio 1 = Afiliado 2 = No Afiliado	1,2	1



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
18	Régimen al cual se encuentra afiliado la víctima	Solo si se registro que el paciente esta afiliado al SGSSS 1 = Régimen contributivo 2 = Régimen Subsidiado 3 = Régimen de Excepción	1,2,3	1
19	Código de la EPS o EOC a la cual se encuentra afiliada la víctima	Se diligencia solo si el paciente esta afiliado al SGSSS De acuerdo con la codificación asignada por la Superintendencia Nacional de Salud		6
4. Datos del evento.				
20	Naturaleza del evento	Campo obligatorio. 09 = Explosión terrorista 10 = Incendio terrorista 11= Combate 12= Ataques a Municipios 13 = Masacre 15 = Mina antipersonal 17 = Otro	09, 10, 11, 12, 13, 15, 17	2
21	Descripción de otro evento	Campo obligatorio si la naturaleza del evento es otro (17)		25
22	Dirección de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.		40
23	Fecha del evento	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
24	Código del departamento de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	2
25	Código del municipio donde ocurrió el evento	Campo obligatorio.	Según codificación DANE	3
26	Zona donde ocurrió el evento	Campo obligatorio. U = Urbana R = Rural	U, R	1
27	Descripción breve del evento	Campo obligatorio.		255
5. Datos de la atención en salud y servicios reclamados				
28	Código del diagnóstico principal	Campo obligatorio. Código del diagnóstico principal, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE-10	4
29	Código del diagnóstico asociado 1	Código del diagnóstico asociado, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE-10	4



No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
30	Código diagnóstico asociado 2	Código del diagnóstico asociado, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE-10	4
31	Código diagnóstico asociado 3	Código del diagnóstico asociado, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE-10	4
32	Código diagnóstico asociado 4	Código del diagnóstico asociado, según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	Codificación CIE-10	4
6. Conceptos y valores reclamados				
33	Descripción de la prótesis o servicio prestado	Campo obligatorio. Describir en forma breve la prótesis o el servicio prestado en la atención.		100
34	Valor reclamado por prótesis	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
35	Valor reclamado por adaptación de prótesis	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
36	Valor reclamado por rehabilitación	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
37	Valor total reclamado	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales	Mayor o igual a cero	15
7. Declaraciones de la IPS				
38	Total Folios	Campo obligatorio.		3



3.3 ANEXO TÉCNICO
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN PARA PERSONAS NATURALES PARA
INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS
CATASTROFICOS (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y
OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSS)

FURPEN

El presente Anexo técnico relaciona los campos que como mínimo deben mantener las personas naturales para sus reclamaciones ante el FOSYGA

ARCHIVO FURPEN

Nombre del archivo: FURPENNODOCUMENTORECLAMANTEDDMMAAAA donde:

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

NODOCUMENTORECLAMANTE: 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 , Vacio 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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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
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 812 del 21 de marzo de 2007. 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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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 tránsito. 1 = Conductor 2 = Peatón 3 = Ocupante 4 = Ciclista	1, 2, 3, 4	1
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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.	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
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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
39	Placa	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2 , 4 o 5.		6
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 vigencia de la póliza	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1 o 4.	Formato DD/MM/AAAA	10
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.		6
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



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Planeación y Análisis de Política
Sistemas de Información

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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.		6
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 propietario del tercer vehículo involucrado	Si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16
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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
59	Código del departamento de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
60	Código del municipio de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	3
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 812 de 2007, 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



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Planeación y Análisis de Política
Sistemas de Información

No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
67	Dirección de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.		40
68	Código del departamento de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	2
69	Código del municipio de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2 o 4.	Codificación DANE	3
70	Teléfono de residencia del 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= Gastos funerarios e Indemnización por muerte	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



3.4 ANEXO TÉCNICO
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS DE TRANSPORTE Y
MOVILIZACION DE VÍCTIMAS

FURTRAN

El presente Anexo técnico relaciona los campos que como mínimo deben mantener las entidades y/o personas reclamantes para la presentación de las reclamaciones al FOSYGA.

ARCHIVO FURTRAN

Nombre del archivo: FURTRANCODIGOHABILITACIONDDMMAAAA donde:

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

CODIGO HABILITACION: 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
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 medico. 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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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.	CC, CE, PA	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 3 = Particular 4 = Público 5 = Oficial 6 = De emergencia 7 = Diplomático o consular 8 = Transporte masivo 9 = Escolar 0 = Otro	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1
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	Campo obligatorio. Como se registra en la tarjeta de propiedad.		6
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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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.	CC, CE, PA, TI, RC, AS, MS	2
19	Numero 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 812 del 21 de marzo de 2007. 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
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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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
4. Certificación de traslado de víctimas.				
29	Fecha de traslado de la víctima al 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 atendió 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



3.5 ANEXO TÉCNICO CERTIFICACION DEL CENSO DE VÍCTIMAS EVENTOS CATASTROFICOS

FURCEN

El presente Anexo técnico relaciona los campos que como mínimo deben mantener los entes territoriales para el reporte de censo de víctimas ante eventos catastróficos al FOSYGA.

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.

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	02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	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
7	Código del departamento donde ocurrió el evento	Campo obligatorio	Codificación DANE	2



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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.	CC, CE, PA, TI, RC, AS, MS	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 812 del 21 de marzo de 2007. 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 de la víctima	Como se registra en el documento de identidad		30
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



No Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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 Ejercito	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1
23	Total Folios	Campo obligatorio		3