

- 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) Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento, excepto aquellos respecto de los cuales expresamente se indique alguna excepción o condición.

### 3. Instructivo de diligenciamiento del Formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud – FURIPS 1

Este formulario aplica para reclamaciones presentadas por Prestadores de Servicios de Salud para el reconocimiento y pago de atenciones en salud o transporte desde el sitio del evento al primer centro de atención.

#### I. DATOS 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 número de radicado dado por la ADRES en la primera presentación.
- RG Respuesta a Glosa u objeción: Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando corresponda a presentación de subsanación u objeción a la glosa.
- Número de factura o documento equivalente: Número que corresponde al sistema de numeración o consecutivo de cada entidad según las disposiciones de la DIAN.
- Número consecutivo de la reclamación: Número interno asignado por el prestador de servicios de salud.

#### II. DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

- Código 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.

#### III. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

- Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre: Escriba los nombres y apellidos de la víctima se debe diligenciar 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. Diligencie el tipo de documento, según corresponda:

CC = Cédula de Ciudadanía.  
CE = Cédula de Extranjería.  
CN = Certificado de Nacido Vivo

PA = Pasaporte.  
 RC = Registro Civil.  
 TI = Tarjeta de Identidad.  
 AS = Adulto sin identificación.  
 MS = Menor sin identificación  
 PT = Permiso por Protección Temporal  
 PE = Permiso Especial de Permanencia  
 SC = Salvoconducto  
 CD = Carné Diplomático  
 DE = Documento Extranjero

En los casos en los cuales la víctima 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 de conformidad con la siguiente tabla de la Resolución 4622 de 2016 se señalará así:

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
Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF.	MS	10	Código de departamento + código de municipio + A + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 25001A0009
Menores de edad a cargo del ICBF. Indígenas menores de edad	MS	12	Código de departamento + código de municipio + I + consecutivo por afiliado (Alfanumérico de 4). Ej: 08001I8125. Solo aplica para Régimen Subsidiado.
Menores de edad desmovilizados y/o que celebren acuerdos de paz con el Gobierno nacional.	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.
Mayores de edad desmovilizados y/o que celebren acuerdos de paz con el Gobierno nacional	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 privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales	MS	6	Número asignado por el INPEC. Para menores de tres (3) años que convivan con sus madres recluidos en los establecimientos a cargo del INPEC.
	AS		Número asignado por el INPEC. Para internos recluidos en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC.

Para las víctimas extranjeras con identificación, es decir, presenta un documento de identificación de su país natal, se utiliza el tipo de documento DE y el número del documento que presenta la víctima. Para las víctimas extranjeras que no presentan identificación se utiliza el documento MS, AS y el número de documento debe registrarse aplicando las especificaciones de las circulares externas 029 de 2017 y 024 de 2019 expedidas por del Ministerio de Salud y Protección Social

- 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 ADRES, este campo es de obligatorio diligenciamiento.
- Fecha de Fallecimiento: Campo obligatorio si el paciente fallece en la atención. DD/MM/AAAA
- Sexo: Relacione según corresponda la víctima. M para Masculino F para Femenino y O para otros, este campo es de obligatorio diligenciamiento.
- Dirección, Teléfono, Departamento y Municipio de Residencia: Diligencie los datos de ubicación de la víctima, estos campos son de obligatorio diligenciamiento. **Cuando la víctima haya fallecido, se diligenciará la información del familiar acompañante acudiente.**
- Condición de la víctima: Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando se trate de accidente de tránsito. (Ver parámetros técnicos de la tabla 1 de la presente circular).

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

- Naturaleza del Evento: Relacione el código correspondiente al tipo de Evento que corresponda (Ver parámetros técnicos de la tabla 1.1 de la presente circular). 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.
- Descripción del otro evento: Descripción corta del evento
- Dirección de la ocurrencia, departamento, municipio: Escribir los datos de ubicación donde ocurrió el evento catastrófico o accidente de tránsito.
- Zona: relacione la sigla correspondiente así: Zona U= Urbana, R= Rural. Si su reclamación es ante el ADRES.
- Fecha y Hora del Accidente o Evento catastrófico: Escribir la fecha en formato DD/MM/AAAA y la hora en formato 24 horas, hh:mm.

#### V. DATOS DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Diligencie la información de esta sección únicamente cuando la reclamación corresponda a servicios de salud prestados a víctimas de 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: Diligenciar según corresponda de acuerdo con los parámetros técnicos de la tabla 1 de la presente circular:
  - Asegurado: Si en la fecha del accidente existe póliza de seguro SOAT, siendo obligatorio los datos que identifiquen plenamente el propietario y conductor del vehículo.
  - No Asegurado: Si no existe póliza de seguro SOAT o si la póliza está vencida, siendo obligatorio los datos que identifiquen plenamente el propietario y conductor del vehículo.
  - Vehículo Fantasma: Cuando se desconoce el número de placa del vehículo que ocasionó el accidente y la IPS no cuenta dato alguno para ser registrados.
  - Póliza falsa: Si el vehículo involucrado en el momento del accidente presenta póliza falsa. Es obligatorio los datos que identifiquen plenamente el propietario y conductor del vehículo.
  - Vehículo en fuga: Si conoce por lo menos el número de la placa y se desconocen los demás datos.
  - Asegurado D.2497: Cuando el vehículo involucrado en el momento del accidente contaba con póliza de rango diferencial por riesgo del SOAT, en virtud del Decreto 2497 de 2022 o la norma que lo modifique o sustituya. Es obligatorio los datos que identifiquen plenamente el propietario y conductor del vehículo.
  - No asegurado – Propietario Indeterminado: Si el vehículo que ocasionó el accidente no tiene póliza de seguro SOAT vigente y se desconoce el propietario del vehículo. Es obligatorio los datos que identifiquen plenamente el conductor del vehículo.
- Marca del vehículo: 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 deben registrar guiones, asteriscos, ni información diferente a letras y números.

La placa reportada deberá corresponder con la información registrada en el RUNT, si la información es inconsistente la reclamación será anulada por el sistema.

- Tipo de Vehículo: Marque el servicio del vehículo involucrado en el accidente de acuerdo con lo siguiente:

1 = Automóvil

2 = Bus

3 = Buseta

4 = Camión

5 = Camioneta

6 = Campero

7 = Microbús

8 = Tractocamión

10 = Motocicleta

14 = Motocarro

17 = Moto triciclo

19 = Cuatrimoto

20 = Moto Extranjera: Automotor destinado a satisfacer las necesidades privadas de movilización de personas con placas de un país extranjero.

21 = Vehículo Extranjero: Vehículo Automotor destinado a satisfacer las necesidades privadas de movilización de personas con placas de un país extranjero

22 = Volqueta

Este campo es de obligatorio diligenciamiento sólo cuando el estado del vehículo es Asegurado, No asegurado, Póliza falsa, o Vehículo en Fuga y Asegurado D.2497.

- Código de la Aseguradora: Campo obligatorio cuando el vehículo involucrado contaba con póliza SOAT a tarifa diferencial de acuerdo con el Decreto 2497 o presentó póliza falsa.

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 D.2497».

La ADRES no es una aseguradora de vehículos por lo tanto no debe ir ningún código si el vehículo es no asegurado.

- Número de la Póliza: Campo obligatorio cuando el vehículo está asegurado o con póliza falsa. 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 D.2497.
- Fecha de Vigencia de Póliza: Campo obligatorio cuando el vehículo está asegurado D.2497 o con póliza falsa. El formato de la fecha es DD/MM/AAAA.
- Número de radicado SIRAS: Se deberá registrar el número id\_atención, generado por el sistema SIRAS cuando la IPS reporta la atención.
- Cobro por excedente de la póliza: Campo obligatorio cuando el vehículo involucrado contaba con póliza SOAT adquirida a tarifa diferencia en virtud del Decreto 2497 del 2022 y se realice el cobro a la ADRES una vez superados los topes de cobertura reconocidos por las aseguradoras.

## VI. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LA VÍCTIMA

- Código CUPS de servicio principal de hospitalización: Campo obligatorio cuando se reclame estancia, se debe registrar el código CUPS del servicio principal que originó la hospitalización de la víctima.
- Complejidad del servicio prestado: Se debe registrar de acuerdo con la complejidad de la IPS.

- 1 = Alta
- 2 = Media
- 3 = Baja

Se debe diligenciar de conformidad con la complejidad señalada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – (REPS).

- Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal: Obligatorio cuando se facturen procedimientos. Se debe registrar el código CUPS del procedimiento quirúrgico principal.
- Código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario: Obligatorio cuando se facturen procedimientos. Se debe registrar el código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario.
- Se presto servicio UCI: Obligatorio cuando se facture estancia en UCI

Registre según el caso:

- 0 = No
- 1 = Si

- Días de UCI reclamados: Campo Obligatorio cuando se facture estancia en UCI, se debe registrar el número de días entre la fecha de ingreso y egreso de la UCI

## VII. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

Los campos de esta sección son de obligatorio diligenciamiento cuando se trate de servicios de salud prestados a víctimas de accidente de tránsito cuyo estado de aseguramiento del vehículo sea i) Asegurado, ii) Asegurado D.2497, iii) No asegurado o iv) Póliza falsa. Cuando se trate de vehículo en fuga, el Prestador de Servicios de Salud, deberá diligenciar los campos de acuerdo con la información que le sea entregada por la víctima.

Para todos los casos, la fuente de información será la que se tome de la tarjeta de propiedad del vehículo. En 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

- Tipo de Documento Propietario: Registre el tipo de documento según corresponda:

CC = Cédula de Ciudadanía.

CE = Cédula de Extranjería.

NIT = Número de identificación tributaria.

CD = Carné Diplomático

PT = Permiso por Protección Temporal

PE = Permiso Especial de Permanencia

SC = Salvoconducto: Únicamente se permite cuando el vehículo involucrado corresponde a un vehículo extranjero.

DE = Documento Extranjero: Únicamente se permite cuando el vehículo involucrado tiene placas extranjeras.

- Número de Documento: Registrar el número de documento del Propietario.
- Primer Nombre del Propietario, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido: Escribir 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.
- Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Propietario: Registrar los datos referentes al domicilio del propietario. Este campo es de diligenciamiento obligatorio, si el estado del vehículo es Asegurado, Asegurado D.2497, No asegurado y Póliza falsa.

## VIII. 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, cuando el vehículo es Asegurado, Asegurado D.2497, No Asegurado o Póliza Falsa. Si el vehículo es vehículo fantasma estos campos deben estar vacíos

- 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, Asegurado D.2497, No asegurado y Póliza falsa.
- Tipo de Documento Conductor: Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, Asegurado D.2497, No asegurado y Póliza falsa. Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento según corresponda:

CC = Cédula de Ciudadanía.  
 CE = Cédula de Extranjería.  
 PA = Pasaporte.  
 RC = Registro Civil  
 TI = Tarjeta de Identidad.  
 PT = Permiso por Protección Temporal.  
 PE = Permiso Especial de Permanencia.  
 SC = Salvoconducto.  
 CD = Carné Diplomático.  
 DE = Documento Extranjero.

En los casos en que no se tenga identificación y no sea posible obtener la misma por parte de la institución prestadora de servicios de salud, el campo debe quedar vacío.

- 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, Asegurado D.2497, No asegurado o Póliza falsa.
- Departamento Municipio, Dirección, Domicilio del Conductor, Teléfono: Escribir con claridad los datos referentes al Domicilio del Conductor. Este campo es de diligenciamiento obligatorio si el estado del vehículo es Asegurado, Asegurado D.2497, No asegurado o Póliza falsa.

## IX. DATOS DE REMISIÓN

Esta sección se debe diligenciar cuando la víctima es trasladada de un centro asistencial a otro, independientemente de si se está solicitando el reconocimiento y pago del traslado interinstitucional, ii) trasladó al paciente a una IPS de mayor nivel o iii) cuando recibió al paciente de una IPS.

- Tipo de Referencia: Marque 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.
  - 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.
- Fecha y hora de remisión: El formato de la fecha es DD/MM/AAAA y la hora en formato 24 horas hh:mm.
- Código de habilitación de la IPS que remite: 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.
- Fecha y hora de ingreso a la IPS que recibe: El formato de la fecha es DD/MM/AAAA y la hora en formato 24 horas hh:mm.
- Código de habilitación del Prestador que Recibe: Escriba el código de habilitación de la IPS a la cual es remitida la víctima.
- Profesional que recibe: Nombre del funcionario de la IPS y cargo.
- Placa ambulancia: Escriba el número de placa del vehículo que transportó la víctima.

## X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LA VÍCTIMA:

Diligenciar esta información cuando el traslado de la víctima desde el sitio del evento a la IPS (traslado primario), lo realiza la misma IPS que prestó los servicios de salud.

- Número de Placa: Registrar el número de placa del vehículo que transportó la víctima. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando se realice un traslado primario de la víctima.
- Transportó la víctima desde: Registrar el lugar o dirección inicial del recorrido. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando se realice un traslado primario de la víctima.
- Transporte la víctima hasta: Escriba la dirección de la IPS que recibió al paciente. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando se realice un traslado primario de la víctima.
- Tipo de Ambulancia: Diligencie según corresponda el tipo de transporte prestado a la víctima de accidente de tránsito: Ambulancia Básica, Ambulancia Medicalizada. Este campo es de diligenciamiento obligatorio cuando se realice un traslado primario de la víctima.
- Zona: Diligencie la zona Urbana o Rural. Si su reclamación es ante el FOSYGA, este campo no es de obligatorio diligenciamiento.

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

Los datos reportados, deben ser coincidentes con el soporte de atención que se presente.

- Fecha y hora de Ingreso: Registre la fecha en que ingresó la víctima a la IPS, en formato DD/MM/AAAA y la hora en formato 24 horas hh:mm.
- Fecha y hora de Egreso: Registre la fecha en que salió la víctima de la IPS, en formato DD/MM/AAAA y la hora en formato 24 horas hh:mm.
- Código diagnóstico principal de Ingreso: Código del Diagnóstico al ingreso del usuario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente.
- Otro Código de diagnóstico de ingreso: Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento, cuando exista un diagnóstico de ingreso adicional al principal.
- Código de diagnóstico principal de Egreso: Código de diagnóstico de egreso de la víctima, según la clasificación Internacional de enfermedades.
- Otro Código de diagnóstico de egreso: Código del diagnóstico secundario, según la clasificación internacional de Enfermedades vigente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento cuando exista un diagnóstico de egreso adicional al principal.

## XII. DATOS DEL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE

Todos los campos de esta sección son de obligatorio diligenciamiento.

- Nombres, Apellidos y documento de identidad del médico o profesional de salud tratante: Diligenciar los datos del médico tratante.
- Tipo de documento del médico o profesional de la salud tratante: Diligenciar los datos completos del médico, o profesional de la salud.

CC = Cédula de Ciudadanía.

CE = Cédula de Extranjería.

PA = Pasaporte.

PT = Permiso por Protección Temporal

PE = Permiso Especial de Permanencia

- Número de registro del médico: Diligenciar el número de registro del médico.

## XIII. AMPAROS QUE RECLAMA

- Total Facturado por Gastos médico 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 y debe concordar con la sumatoria de los valores facturados del FURIPS 2 exceptuando los gastos de transporte primario.
- Total Reclamado por Gastos médico quirúrgicos: La información debe diligenciarse conforme a los valores que va a reclamar el Prestador de Servicios de Salud. Este campo es de obligatorio diligenciamiento y debe concordar con la sumatoria de los valores reclamados del FURIPS 2 exceptuando los gastos de transporte primario.
- Total Facturado por 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), debe contener como mínimo el valor cero y debe ser idéntica al valor facturado en el FURIPS 2 con el código 3.

## XIV. DECLARACIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

- Manifestación de Servicios Habilitados: Al diligenciar este campo el Prestador de Servicios en Salud certifica que los servicios facturados fueron prestados por la atención de víctimas de los eventos cubiertos por la ADRES y que éstos se encuentran habilitados para la fecha de prestación de servicios. Campo Obligatorio.

### 3.1. Tabla 1. Anexo técnico de definición de campos del FURIPS 1.

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
<b>I. Datos de la reclamación.</b>				
1	Número de radicado anterior	Campo obligatorio en caso de diligenciarse RG (Respuesta a glosa) Debe registrarse el número de radicado asignado a la primera entrada de la reclamación.		10
2	RGO Respuesta a Glosa u objección	Diligenciar en los siguientes casos: 0 = Glosa u objeción total 1 = Pago parcial 6 = Glosa Transversal Si la reclamación es nueva, el campo debe ser vacío.	0,1, Vacío para reclamaciones nuevas	1
3	Número de factura.	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.	Se acepta Numérico si corresponde al consecutivo	12
<b>II. Datos del prestador de servicios de salud.</b>				
5	Código de habilitación del prestador de servicios de salud.	Campo obligatorio. El código de habilitación asignado por la Dirección Departamental de Salud.		12
<b>III. Datos de la víctima del evento catastrófico o accidente de tránsito.</b>				
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. CN = Certificado de Nacido Vivo	CC, CE, CN, PA, TI, RC, AS, MS, CD, SC, PE, PT, DE	2

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		PA = Pasaporte. TI = Tarjeta de identidad. RC = Registro civil. AS = Adulto sin identificar. MS = Menor sin identificar. CD = Carnet Diplomático. SC = Salvoconducto PE = Permiso Especial de Permanencia PT = Permiso por Protección Temporal DE = Documento extranjero		
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 4622 de 2016. Para las víctimas extranjeras que no presenten ningún tipo de identificación se identifican como MS o AS y se debe aplicarse las especificaciones de la circular externa 29 de 2017		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	Fecha de fallecimiento	Campo obligatorio si el paciente fallece en la atención	Formato DD/MM/AAAA	10
14	Sexo de la víctima	Campo obligatorio. F = Femenino M = Masculino O = Otro	F, M, O	1
15	Dirección de residencia de la víctima	Campo obligatorio si la víctima fallece durante la atención. Cuando la víctima haya fallecido, se diligenciará la información del familiar acompañante acudiente		40
16	Código del departamento de residencia de la víctima	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
17	Código del municipio de residencia de la víctima	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
18	Teléfono de la víctima	Campo obligatorio si la víctima fallece durante la atención. Cuando la víctima haya fallecido, se diligenciará la información del familiar acompañante acudiente.		10
19	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
<b>IV. Datos del sitio donde ocurrió el evento catastrófico o el accidente de tránsito.</b>				
20	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	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27.	2

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		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		
21	Descripción del otro evento	Campo obligatorio si la naturaleza del evento es otro (17)	se acepta vacío	25
22	Dirección de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.		40
23	Fecha de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
24	Hora de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 horas)	5
25	Código del departamento de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Codificación DANE	2
26	Código del municipio de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	Codificación DANE	3
27	Zona de ocurrencia del evento	Campo obligatorio.	U, R	1
<b>V. Datos del Vehículo Involucrado en el Accidente de Tránsito.</b>				
28	Estado de aseguramiento	Campo obligatorio. 1 = Asegurado 2 = No asegurado 3 = Vehículo fantasma 4 = Póliza falsa 5 = Vehículo en fuga 6= Asegurado D.2497 7= No asegurado – Propietario Indeterminado	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1
29	Marca	Campo obligatorio excepto cuando su estado de aseguramiento es 3 o 5		15
30	Placa	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 5, 6 o 7.		10
31	Tipo de Vehículo	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 6 o 7.  1 = Automóvil 2 = Bus 3 = Buseta 4 = Camión 5 = Camioneta 6 = Campero 7 = Microbus 8 = Tractocamión 10 = Motocicleta 14 = Motocarro 17 = Mototriciclo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 14, 17, 19, 20, 21, 22	2

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		19 = Cuatrimoto 20 = Moto Extrajera 21 = Vehículo Extranjero 22 = Volqueta		
32	Código de la aseguradora	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 4 o 6.		6
33	Número de póliza SOAT	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 4 o 6. Como se registra en la póliza SOAT		20
34	Fecha de inicio de vigencia de la póliza	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 4 o 6. .	Formato DD/MM/AAAA	10
35	Fecha final de vigencia de la póliza	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 4 o 6.	Formato DD/MM/AAAA	10
36	Número de radicado SIRAS (id_atencion)	Campo obligatorio. Cuando la naturaleza del evento sea «01=Accidente de tránsito», se deberá registrar el número id_atencion, generado por el sistema SIRAS cuando la IPS reporta la atención.	Alfanumérico	20
37	Cobro por agotamiento tope Aseguradora	Campo obligatorio. 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 cuando el vehículo involucrado contaba con póliza SOAT adquirida a tarifa diferencia en virtud del Decreto 2497 del 2022. Estado de aseguramiento 6 0 = No 1 = Si	0, 1	1
<b>VI. Datos Relacionados con la Atención de La Víctima</b>				
38	Código CUPS de servicio principal de hospitalización	Cuando se reclame estancia, se debe registrar el código CUPS del servicio principal que originó la hospitalización de la víctima		6
39	Complejidad del procedimiento quirúrgico	Obligatorio cuando se facturen procedimientos quirúrgicos. Se debe registrar de acuerdo con la complejidad del procedimiento más alto. 1 = Alta 2= Media 3 = Baja	1, 2, 3	1
40	Código CUPS del procedimiento quirúrgico principal	Obligatorio cuando se facturen procedimientos. Se debe registrar el código CUPS del procedimiento quirúrgico principal		6
41	Código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario	Obligatorio cuando se facturen procedimientos. Se debe registrar el código CUPS del procedimiento quirúrgico secundario		6
42	Se presto servicio UCI	Obligatorio cuando se facture estancia en UCI. Registre según el caso: 0 = No 1 = Si	0, 1	1
43	Días de UCI reclamados	Campo Obligatorio cuando se facture estancia en UCI, se debe registrar el número de días entre la fecha de ingreso y egreso de la UCI		2

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
<b>VII. Datos del propietario del vehículo.</b>				
44	Tipo de documento de identidad del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6 CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. CD = Carnet Diplomático DE= Documento Extranjero SC= salvoconducto PE= Permiso Especial de Permanencia PT= Permiso por Protección Temporal NI = Número de identificación tributaria	CC, CE, CD, DE, SC, PE, PT, NI.	2
45	Número de documento de identidad del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6. Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		16
46	Primer apellido del propietario o razón social en caso de empresa.	Campo obligatorio. Si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		40
47	Segundo apellido del propietario	Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		30
48	Primer nombre del propietario	Campo obligatorio. Para el caso de persona natural, si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6, registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		20
49	Segundo nombre del propietario	Registrar como aparece en la tarjeta de propiedad		30
50	Dirección de residencia del propietario	Campo obligatorio, si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6		40
51	Teléfono de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6.		10
52	Código del departamento de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6.	Codificación DANE	2
53	Código del municipio de residencia del propietario	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4 o 6.	Codificación DANE	3
<b>VIII. Datos del conductor involucrado en el accidente de tránsito.</b>				
54	Primer apellido del conductor	Campo obligatorio. Si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4,6 o 7, registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		20
55	Segundo apellido del conductor	Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		30
56	Primer nombre del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4,6 o 7. Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		20
57	Segundo nombre del conductor	Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción		30
58	Tipo de documento de identidad del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 6 o 7. CC = Cédula de ciudadanía. CE = Cédula de extranjería. PA = Pasaporte. RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad. CD= Carné Diplomático SC= Salvo Conducto DE= Documento Extranjero	CC, CE, PA, RC, TI, CD, SC, DE, CD, PE, PT	2

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
		PE= Permiso Especial de Permanencia PT= Permiso por Protección Temporal		
59	Número de documento de identidad del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 6 o 7 Registrar como aparece en el documento de identidad o en la licencia de conducción. Para los conductores extranjeros con identificación Se debe usar tipo de documento DE, y aplicarse las especificaciones de la circular externa 29 de 2017		16
60	Dirección de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 6 o 7.		40
61	Código del departamento de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 6 o 7.	Codificación DANE	2
62	Código del municipio de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 6 o 7.	Codificación DANE	3
63	Teléfono de residencia del conductor	Campo obligatorio si el estado de aseguramiento es 1, 2, 4, 6 o 7.		10
<b>IX. Datos de remisión (La información se convierte en obligatoria siempre y cuando exista remisión de la víctima).</b>				
64	Tipo de referencia	Campo obligatorio cuando se cobren gastos de traslado interinstitucional. 1 = Remisión 2 = Orden de servicio	1, 2	1
65	Fecha de remisión	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima.	Formato DD/MM/AAAA	10
66	Hora de salida	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
67	Código de habilitación del prestador de servicios de salud remitente.	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima. Registre el código de habilitación de la IPS que remite.		12
68	Profesional que remite	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima. Registre el nombre y apellido de la persona que realiza la remisión.		60
69	Cargo de la persona que remite	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima.		30
70	Fecha de ingreso	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima.	Formato DD/MM/AAAA	10
71	Hora de ingreso	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
72	Código de habilitación del prestador de servicios de salud que recibe.	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima. Registre el código de habilitación de la IPS que recibe.		12
73	Profesional que recibe	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima. Nombre y apellido de la persona que realiza la remisión.		60
74	Placa ambulancia que realiza el traslado interinstitucional	Campo obligatorio cuando exista remisión de la víctima.		6
<b>X. Transporte y movilización de la víctima (La información se convierte en obligatoria siempre y cuando exista movilización de víctima).</b>				
75	Placa ambulancia traslado primario	Campo obligatorio cuando se cobre traslado primario. Número de placa del vehículo que transporta la víctima.		6
76	Transporte de la víctima desde el sitio del evento	Campo obligatorio cuando se cobre traslado primario. Escribir con claridad el lugar o dirección inicial del recorrido. Sólo se admite lugar cuando en el sitio no existe nomenclatura.		40

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
77	Transporte de la víctima hasta el fin del recorrido	Campo obligatorio cuando se cobre traslado primario. Escribir con claridad el lugar o dirección final del recorrido. Sólo se admite lugar cuando en el sitio no existe nomenclatura.		40
78	Tipo de servicio del transporte	Campo obligatorio cuando se cobre traslado primario, de acuerdo con el anexo técnico No. 1 de la Resolución 2003 de 2014. 1 = Transporte básico 2 = Transporte medicalizado	1, 2	1
79	Zona donde recoge víctima	Campo obligatorio cuando se cobre traslado primario.	U, R	1
<b>XI. Certificación de la atención médica de la víctima como prueba del accidente o evento.</b>				
80	Fecha de ingreso	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
81	Hora de ingreso	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
82	Fecha de egreso	Campo obligatorio.	Formato DD/MM/AAAA	10
83	Hora de egreso	Campo obligatorio.	Formato HH:MM (24 Horas)	5
84	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
85	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
86	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
87	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
88	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
89	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
<b>XII. Datos del médico o profesional de la salud tratante.</b>				
90	Primer apellido del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio		20
91	Segundo apellido del médico o profesional de la salud			30
92	Primer nombre del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio		20
93	Segundo nombre del médico o profesional de la salud			30
94	Tipo de documento de identidad del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio. CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA= Pasaporte PE= Permiso Especial de Permanencia PT= Permiso por Protección Temporal	CC, CE, PE, PA, PT	2
95	Número de documento de identidad del médico o profesional de la salud	Campo obligatorio		16

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
96	Número de registro del médico	Campo obligatorio.		16
<b>XIII. Amparos que reclama.</b>				
97	Total facturado por amparo de gastos médicos quirúrgicos	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales, este campo debe coincidir con la sumatoria de valores facturados del FURIPS 2, exceptuando los gastos de transporte primario.	Mayor o igual a cero	15
98	Total reclamado por amparo de gastos médicos quirúrgicos	Campo obligatorio. No utilizar ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales, este campo debe coincidir con la sumatoria de valores reclamados del FURIPS 2, exceptuando los gastos de transporte primario.	Mayor o igual a cero	15
99	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, este campo debe coincidir con los gastos facturados de transporte primario en el FURIPS 2.	Mayor o igual a cero	15
100	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, no debe incluir decimales, este campo debe coincidir con los gastos reclamados de transporte primario en el FURIPS 2.	Mayor o igual a cero	15
<b>XIV Confirmación servicios habilitados.</b>				
101	Manifestación de servicios habilitados	Campo obligatorio. La IPS reclamante y quien la representa legalmente, certifica que los servicios facturados se encuentran habilitados para la fecha de prestación de servicio y que fueron prestados al paciente. NO = 0 SI = 1	0, 1	3

#### 4. Instructivo de diligenciamiento del Formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud – FURIPS 2

- Número de Factura: Número que corresponde al sistema de numeración o consecutiva de cada entidad según las disposiciones de la DIAN.
- Número de consecutivo de la reclamación: Número interno asignado por el Prestador de Servicios de Salud
- Tipo de Servicio: Seleccionar el tipo de tecnología en salud a reclamar de acuerdo con la siguiente definición:

- 1=Medicamentos
- 2=Procedimientos
- 3=Transporte Primario
- 4=Transporte secundario
- 5=Insumos
- 6=Dispositivos Médicos

7=Material de Osteosíntesis

8=Procedimiento no incluido en el manual tarifario

- Código del Servicio: Para el caso de los medicamentos aplicar código CUM del INVIMA y del Ministerio de Salud y Protección Social, conformado por el No. de expediente-consecutivo.

Para los medicamentos vitales no disponibles autorizados para importación, registrar el código IUM otorgado por el Invima.

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 códigos del anexo 1 del Decreto 780/16.

Cuando se reclame material de Osteosíntesis se debe registrar el registro Sanitario del INVIMA.

**Nota: Diligenciamiento del FURIPS procedimientos quirúrgicos del Manual Tarifario:** Cuando los servicios médico quirúrgicos prestados correspondan procedimientos quirúrgicos relacionados en el numerales 2 al 19 del Anexo Técnico 1 del Decreto 780/2016, se registrará una primera línea con el código SOAT del procedimiento facturado y se adicionará una línea por cada componente del procedimiento quirúrgico con su respectivo código SOAT de los numerales 47, 48 y 54 del referido anexo técnico según corresponda. Ver ejemplo de diligenciamiento en el numeral 1.2 del presente acto administrativo.

- Descripción del servicio o elemento reclamado: Campo obligatorio: Se debe realizar una pequeña descripción del elemento reclamado cuando el tipo de servicio es (3), cuatro (4), cinco (5), seis (6), siete (7) y ocho (8).

Cuando el tipo de servicio corresponda a procedimiento (2), en la descripción de los códigos asociados a grupos quirúrgicos deberá registrar la descripción cuando corresponda a procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta la siguiente nota:

**Nota: Diligenciamiento del FURIPS procedimientos quirúrgicos del Manual Tarifario:** Cuando los servicios médico quirúrgicos prestados correspondan procedimientos quirúrgicos relacionados en el numerales 2 al 19 del Anexo Técnico 1 del Decreto 780/2016, se registrará en la primera línea correspondiente al código SOAT del procedimiento facturado, la descripción descrita en el referido Decreto y en cada una de las líneas relacionadas con los componentes del procedimiento quirúrgico se registrará la descripción, conforme lo establecido en el anexo 1 de la presente resolución denominado «Tabla para diligenciamiento del campo descripción en el FURIPS 2 cuando el código corresponde a los numerales 47, 48 y 54 del Anexo 1 del Decreto 780 de 2016». Ver ejemplo de diligenciamiento en el numeral 4.2 del presente acto administrativo.

- Cantidad de servicios: Registrar las unidades de los servicios o tecnologías de salud reclamados.

**Nota: Diligenciamiento del FURIPS Procedimientos quirúrgicos - Manual Tarifario:** Cuando los servicios médico quirúrgicos prestados correspondan procedimientos quirúrgicos relacionados en el numerales 2 al 19 del Anexo Técnico 1 del Decreto 780/2016, se registrará como cantidad cero (0) en la primera línea correspondiente al código SOAT del procedimiento facturado, y en cada una de las líneas relacionadas a

cada componente del procedimiento quirúrgico (numerales 47, 48 y 54 del Anexo técnico 1 D.780/16) se diligenciará la cantidad conforme lo registrado en la factura de venta.

- Valor unitario Facturado: Registrar el valor unitario facturado

**Nota: Diligenciamiento del FURIPS procedimientos quirúrgicos - Manual Tarifario:** Cuando los servicios médico quirúrgicos prestados correspondan procedimientos quirúrgicos relacionados en el numerales 2 al 19 del Anexo Técnico 1 del Decreto 780/2016, se registrará como valor unitario cero (0) en la primera línea correspondiente al código SOAT del procedimiento facturado, y en cada una de las líneas relacionadas a cada componente del procedimiento quirúrgico (numerales 47, 48 y 54 del Anexo técnico 1 D.780/16) se diligenciará el valor unitario conforme lo registrado en la factura de venta. Ver ejemplo de diligenciamiento en el numeral 4.2 del presente acto administrativo.

- Valor total facturado: Corresponde al producto de la cantidad de servicios multiplicado por los valores unitarios establecidos

**Nota: Diligenciamiento del FURIPS procedimientos quirúrgicos - Manual Tarifario:** Cuando los servicios médico quirúrgicos prestados correspondan procedimientos quirúrgicos relacionados en el numerales 2 al 19 del Anexo Técnico 1 del Decreto 780/2016, se registrará como valor facturado cero (0) en la primera línea correspondiente al código SOAT del procedimiento facturado, y en cada una de las líneas relacionadas a cada componente del procedimiento quirúrgico (numerales 47, 48 y 54 del Anexo técnico 1 D.780/16) se diligenciará el valor facturado conforme lo registrado en la factura de venta. Ver ejemplo de diligenciamiento en el numeral 4.2 del presente acto administrativo.

- Valor total reclamado: Corresponde al valor reclamado por el prestador, que en ningún caso puede ser superior al valor facturado.

**Nota: Diligenciamiento del FURIPS procedimientos quirúrgicos - Manual Tarifario:** Cuando los servicios médico quirúrgicos prestados correspondan procedimientos quirúrgicos relacionados en el numerales 2 al 19 del Anexo Técnico 1 del Decreto 780/2016, se registrará como valor reclamado cero (0) en la primera línea correspondiente al código SOAT del procedimiento facturado, y en cada una de las líneas relacionadas a cada componente del procedimiento quirúrgico (numerales 47, 48 y 54 del Anexo técnico 1 D.780/16) se diligenciará el valor reclamado conforme lo registrado en la factura de venta.

#### 4.1. Tabla 2. Anexo técnico de definición de campos del FURIPS 2

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
<b>1. Datos de la reclamación.</b>				
1	Número factura.	Campo obligatorio Número que corresponde al sistema de numeración o consecutiva de cada entidad según las disposiciones de la DIAN.		20
2	Número consecutivo de la reclamación	Campo Obligatorio. Debe concordar con el campo 4 del archivo FURIPS1	Debe ser Numérico si	20
<b>2. Factura.</b>				
3	Tipo de servicio	Campo obligatorio. Seleccionar el tipo de tecnología en salud a reclamar de acuerdo con la siguiente definición: 1=Medicamentos 2=Procedimientos 3=Transporte Primario 4=Transporte secundario 5=Insumos 6=Dispositivos Médicos 7=Material de Osteosíntesis 8=Procedimiento no incluido en el manual tarifario	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1
4	Código servicio del	Campo obligatorio. Para el caso de los medicamentos aplicar código CUM del INVIMA y del Ministerio de Salud y Protección Social, conformado por el No. de expediente-consecutivo. Ejemplo: 230327-1 Para los medicamentos vitales no disponibles autorizados para importación, registrar el código IUM otorgado por el Invima  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 códigos del anexo 1 del Decreto 780/16  Para los tipos de servicio 3, 4, 5, 6 y 7 este campo es vacío.	Codificación CUM si tipo de servicio es uno (1)  Decreto 2644/2022 si tipo de servicio es dos (2)  Campo vacío para tipo de servicio tres (3), cuatro (4), cinco (5), seis (6), siete (7) y ocho (8)	15
5	Descripción del servicio o elemento reclamado	Campo obligatorio: Se debe realizar una pequeña descripción del elemento reclamado cuando el tipo de servicio es (3), cuatro (4), cinco (5), seis (6), siete (7) y ocho (8).  También será obligatorio aplicar la descripción del anexo 1 de la presente circular, cuando se facturen procedimientos quirúrgicos de los numerales 47, 48 y 54 del manual tarifario (anexo técnico 1 del decreto 780 de 2016).	Cuando los procedimientos quirúrgicos prestados correspondan a los relacionados en el los numerales 2 al 19 del anexo técnico 1 del Decreto 780/2016 se debe registrar de acuerdo con la tabla del anexo 1 de la presente circular	100

No. Columna	Concepto	Descripción	Valores permitidos	Longitud
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 Cuando los procedimientos quirúrgicos prestados correspondan a los relacionados en el los numerales 2 al 19 del anexo 1 del Decreto 780/2016 se debe registrar cero (0)	15
8	Valor facturado total	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 Cuando los procedimientos quirúrgicos prestados correspondan a los relacionados en los numerales 2 al 19 del anexo 1 del Decreto 780/2016 se debe registrar cero (0)	15
9	Valor reclamado total	Campo obligatorio. No se utilizará ningún tipo de separador de miles y no debe incluir decimales.	Mayor a cero Cuando los procedimientos quirúrgicos prestados correspondan a los relacionados en los numerales 2 al 19 del anexo 1 del Decreto 780/2016 se debe registrar cero (0)	15

#### 4.2. Ejemplo de diligenciamiento del FURIPS 2 cuando se facturan procedimientos quirúrgicos

Número de Factura	Consecutivo	Tipo Servicio	Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Facturado	Valor reclamado
FE123	123	2	15102	Desbridamiento por lesión superficial, más del 5 área corporal	0	0	0	0
FE123	123	2	39003	15102-HONORARIOS CIRUJANO-GRUPO-05	1	218000	218000	218000
FE123	123	2	39103	15102-HONORARIOS ANESTESIA-GRUPO-05	1	142500	142500	142500
FE123	123	2	39207	15102-DERECHOS DE SALA -GRUPO-05	1	388900	388900	388900
FE123	123	2	39302	15102-MATERIALES-GRUPO-05	1	159000	159000	159000

Nota: Los títulos de las columnas son para ilustración del interesado, pues estos no se incluyen en el archivo txt.