

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Por el cual se reglamenta el Decreto 074 de 2010

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO

Que los numerales 5 del artículo 193 y 5 del artículo 197 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establecen que corresponde al Gobierno Nacional señalar con carácter uniforme las condiciones generales, así como revisar periódicamente las cuantías y los amparos del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT);

Que el Gobierno Nacional con ocasión de la declaratoria de Emergencia Social, estableció mediante el Decreto 074 de 2010, modificaciones al Régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito FONSAT;

Que las medidas adoptadas en el Decreto 074 de 2010, modifican los procesos de reclamaciones por los eventos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito y por consiguiente, se debe definir el procedimiento de dichas reclamaciones;

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. Definiciones. Para efectos del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

1. **Accidente de tránsito.** Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas. No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.
2. **Automotor.** Se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición:
 - a) Los vehículos que circulan sobre rieles;
 - b) Los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Dentro de la categoría de motos se incluyen los motocarros, entendidos como todo vehículo automotor de chasis monoestructural de tres (3) o cuatro (4) ruedas, con estabilidad propia, con componentes mecánicos de motocicleta, para el transporte de personas con capacidad hasta de tres (3) pasajeros, o de carga con capacidad útil hasta 1 tonelada, o mixto con capacidad de dos (2) pasajeros y 1 tonelada.

3. **Beneficiario.** Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la(s) indemnización(es), de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así:
 - a) **Servicios médico-quirúrgicos:** El prestador de servicios de salud habilitado que hubiere prestado los servicios médico-quirúrgicos estipulados en el numeral 1 del Artículo 2 del presente decreto.
 - b) **Indemnización por incapacidad permanente:** La víctima, como se define en el numeral 7 del presente artículo, que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o más partes del cuerpo, que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse de forma autosuficiente, calificada como tal, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.
 - c) **Indemnización por muerte:** Las personas señaladas en el artículo 1142 del Código de Comercio. A falta de cónyuge, en los casos que corresponda a éste la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.
 - d) **Indemnización por gastos funerarios:** Las personas naturales o jurídicas que demuestren haber realizado las correspondientes erogaciones para cubrir estos gastos con cargo a su patrimonio, hasta por el monto que acrediten haber sufragado con cargo a su propio patrimonio o al de un tercero y en el valor que no le haya sido reconocido por otro mecanismo.
 - e) **Indemnización por gastos de transporte al centro asistencial:** La persona natural o jurídica habilitada que demuestre haber realizado el transporte.
4. **Incapacidad permanente.** Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una o más partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse de forma autosuficiente.
5. **Indemnización.** Para efectos del presente decreto, por indemnización se entiende el pago de las coberturas incorporadas en el numeral 1 del artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen, para las víctimas de accidentes de tránsito.
6. **Servicios médico-quirúrgicos.** Se entienden por servicios médico-quirúrgicos todos aquellos servicios suministrados por un prestador de servicios de salud habilitado para prestar el servicio específico de que se trate, destinado a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las

patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito y la rehabilitación de las secuelas producidas por el mismo.

La atención de un paciente a un prestador de servicios de salud que no cuente con el nivel de complejidad necesario para suministrar la atención médico-quirúrgica, no generará derecho a reclamación, con excepción de lo relativo a la atención inicial de urgencias.

Sólo podrá efectuarse remisión de pacientes a un prestador de servicios de salud ubicado en otro municipio cuando: (i) se trate del prestador más cercano posible (ii) en el municipio en que ocurrió el evento no se cuente con un prestador de servicios de salud del nivel de complejidad requerido, o (iii) la víctima resida en otro municipio, y únicamente después de estabilizada su condición clínica.

7. **Víctima.** Se entiende por víctima, la persona que ha sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito.

Artículo 2°. Amparos. Las personas que sufran daños corporales causados en accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional sucedidos a partir del 1 de marzo de 2010, tendrán derecho a los amparos establecidos en el artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que lo adicionen o modifiquen, con cargo a la compañía aseguradora que hubiere expedido el Seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT, respecto de los daños causados por el vehículo automotor asegurado y descrito en la carátula de la póliza. En el caso de que la póliza resulte ser falsa, la reclamación será inmediatamente remitida al FONSAT informando de ello al reclamante. Las víctimas de accidentes de tránsito de vehículos no identificados o no asegurados por no poseer póliza, o contar con una póliza falsa, tendrán derecho a los mismos amparos, con cargo al FONSAT.

1. **Servicios médico-quirúrgicos.** En el caso de accidentes de tránsito de vehículos asegurados, la entidad aseguradora del SOAT reconocerá una indemnización máxima de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del accidente. Agotado el límite de la cobertura de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios cubiertos por las aseguradoras, se otorgará una cobertura adicional de seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes con cargo a los recursos del FONSAT. En los casos de vehículos no asegurados, no identificados o con póliza falsa, el FONSAT reconocerá una indemnización máxima de mil cien (1.100) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de ocurrencia del accidente.

Los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios cubiertos comprenden:

- a) Atención inicial de urgencias y atención de urgencias;
- b) Hospitalización;
- c) Suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis;
- d) Suministro de medicamentos;
- e) Tratamientos y procedimientos quirúrgicos;

- f) Servicios de diagnóstico;
- g) Rehabilitación; por una duración máxima de dos (2) años, contados a partir de la fecha en que se haya superado la fase crítica, entendida ésta como aquella comprendida entre el momento de la ocurrencia del accidente hasta cuando el médico tratante ordene iniciar el proceso de rehabilitación.
2. **Indemnización por incapacidad permanente.** La incapacidad permanente dará derecho a una indemnización máxima de ciento ochenta (180) salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha en que se estructure la incapacidad permanente, que en ningún caso podrá ser anterior a la fecha de ocurrencia del accidente de tránsito. Para efectos de calificar la incapacidad permanente, se tendrá en cuenta el Manual Único de Calificación de la Invalidez. Este manual también será aplicable para efectos del cálculo de la indemnización de que trata este numeral para las víctimas menores de edad o mayores no trabajadores. Cuando la incapacidad permanente sea igual o superior al cincuenta por ciento (50%) se reconocerá la indemnización máxima. Si la incapacidad permanente es inferior al cincuenta por ciento (50%), se reconocerá la indemnización de manera proporcional al valor máximo del presente amparo.
 3. **Indemnización por muerte de la víctima.** En caso de muerte de la víctima como consecuencia directa del accidente de tránsito, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de éste, se reconocerá una indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables al momento del accidente.
 4. **Indemnización por gastos funerarios.** En el evento previsto en el numeral anterior, se reconocerá una indemnización máxima de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente.

Si la persona fallecida estuviere afiliada al Sistema de Seguridad Social Integral, los gastos funerarios correrán por cuenta de la Administradora del Sistema General de Pensiones o de la Administradora del Sistema General de Riesgos Profesionales, de conformidad con la regulación de cada uno de los citados Sistemas de Seguridad Social.

5. **Indemnización por gastos de transporte y movilización de víctimas al centro asistencial.** Este amparo comprende los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del accidente de tránsito al primer prestador de servicios de salud, a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, que, de acuerdo con la red definida por la Dirección Territorial de Salud correspondiente, deberá ser, respecto de quienes pueden acceder a esta información, la más cercana al lugar del accidente de conformidad con los servicios de la red de urgencias de cada municipio.

Se reconocerá una indemnización equivalente al costo del transporte suministrado, hasta un máximo de quince (15) salarios mínimos diarios legales vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o del evento, de acuerdo con la siguiente tabla:

Tipo de transporte	Tipo de Vehículo (en SMDLV)		
	Particular, Público	Traslado asistencial básico	Traslado asistencial medicalizado

Tipo de transporte		Tipo de Vehículo (en SMDLV)		
		Particular, Público	Traslado asistencial básico	Traslado asistencial medicalizado
Urbano	Bogotá	2	7	15
	Barranquilla, Cali, Medellín	2	7	15
	Otros municipios	2	5	10
	Intermunicipal	4	7	12
Rural (más de 20 Km)	Bogotá	2	7	15
	Barranquilla, Cali, Medellín	2	7	15
	Otros municipios	4	5	8
	Intermunicipal	4	7	15

En todo caso, el reconocimiento del traslado en unidad asistencial medicalizada estará sujeto a la condición y necesidad de la víctima. En el caso que la víctima no amerite ser trasladada en unidad asistencial medicalizada el reconocimiento se efectuará a la tarifa de traslado asistencial básico.

Las tarifas definidas en el presente artículo para el traslado en ambulancia incluyen todos los costos inherentes a la prestación de dicho servicio, por lo que no procederán cobros adicionales por ningún concepto.

Parágrafo 1°. El monto de estas coberturas se entiende fijado para cada víctima; por lo tanto, se aplicará sin perjuicio del número de víctimas resultantes de un mismo accidente, con excepción de lo previsto para gastos de transporte, que se reconocerá en atención a la capacidad del medio de transporte para movilizar en las debidas condiciones a las víctimas.

Parágrafo 2°. Salvo lo previsto para los servicios médico quirúrgicos, el FONSAT otorgará los demás amparos con estricta sujeción a la disponibilidad presupuestal.

Parágrafo 3°. Los beneficios por gastos funerarios sólo se otorgarán con cargo al FONSAT cuando se trate de víctimas de accidentes de tránsito no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, en riesgos profesionales o en regímenes especiales.

Parágrafo 4. Si la víctima cuenta con un Plan Voluntario de Salud en los términos del Decreto 131 de 2010, podrá elegir libremente ser atendido con cargo a dicho plan o a la póliza SOAT o al FONSAT, según corresponda. En caso de que escoja ser atendido con cargo al plan voluntario de salud, ni la víctima, ni la entidad que hubiere prestado los servicios u otorgado la cobertura, podrán repetir contra la entidad aseguradora del SOAT o contra el FONSAT, por los servicios prestados, salvo en aquellos servicios que se requieran y que no cubran los planes voluntarios.

Parágrafo 5°. Las incapacidades temporales que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito serán cubiertas por la entidad promotora de salud del régimen contributivo a la que estuviere afiliada la víctima, si el accidente fuere de origen común, o por la administradora de riesgos profesionales, si éste fuere calificado como accidente de trabajo, cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 3°. Superación del tope para servicios médico quirúrgicos. En caso de víctimas de accidentes de tránsito, que requieran servicios médico-quirúrgicos cuyo costo exceda el tope de 1.100 salarios mínimos diarios legales vigentes, estos serán prestados de la siguiente forma:

- a. Cuando se trate de pacientes afiliados al régimen contributivo, y los servicios hagan parte del plan obligatorio de salud del régimen contributivo, se cancelarán al prestador de servicios de salud por la entidad aseguradora del SOAT o FONSAT, el cual deberá repetir contra la entidad promotora de salud del régimen contributivo.
- b. Cuando se trate de pacientes afiliados a una administradora de riesgos profesionales y el accidente esté cubierto por este tipo de seguro, se cancelarán al prestador de servicios por el FONSAT, el cual deberá repetir contra la administradora de riesgos profesionales.
- c. Cuando se trate de pacientes afiliados al régimen subsidiado, en servicios que estén incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, se cancelarán al prestador de servicios de salud por el FONSAT, el cual deberá repetir contra la entidad promotora de salud del régimen subsidiado.
- d. Cuando se trate de población pobre no asegurada, los servicios serán prestados en instituciones prestadoras de servicios públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial donde resida la víctima, para lo cual se tendrá en cuenta el sistema de referencia definido por la entidad territorial. En este caso, el usuario deberá cancelar la cuota de recuperación de conformidad con las normas vigentes.
- e. Cuando se trate de afiliados al régimen contributivo o subsidiado, en servicios que no estén incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo, se cancelarán al prestador por el Fonpres, de acuerdo con las normas que se indiquen para este tipo de prestaciones.

Artículo 4°. Derecho para reclamar. Tendrán acción para reclamar las indemnizaciones por las coberturas otorgadas, a la entidad aseguradora del SOAT o al FONSAT, según corresponda, (i) los prestadores de servicios de salud públicos o privados habilitados para brindar los servicios específicos de que se trate de conformidad con lo previsto en los artículos anteriores, que hubieren prestado dichos servicios; (ii) la víctima que sea declarada incapacitada permanente; (iii) los beneficiarios en caso de muerte; (iv) quienes hubieren realizado el transporte al centro asistencial y (v) las personas naturales que hubieren sufragado los gastos funerarios. Para efectos de esta última condición, por tratarse de amparos meramente indemnizatorios no pueden ser fuente de enriquecimiento.

Quienes cuenten con acción para reclamar deberán presentar la reclamación en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, acompañados, según sea el amparo afectado, de los soportes señalados más adelante.

Parágrafo. Los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, solo podrán presentar reclamación exclusivamente para los servicios que hubieren prestado, respecto de los cuales, a la fecha de la prestación, se encontraban habilitados.

En los casos en que se requiera la prestación de un servicio para el cual no estuvieren habilitados, deberán remitir al paciente, mediante los procedimientos de referencia definidos por la entidad territorial, a otro prestador de servicios de salud que sí cuente con la citada habilitación; éste último contará con acción para reclamar por la prestación de los servicios.

Artículo 5°. Reclamación. Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, ante las entidades aseguradoras del SOAT o el FONSAT, deberán acreditar la ocurrencia del suceso, su calidad de beneficiario y su cuantía, utilizando cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre que sean conducentes, pertinentes e idóneos para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere. Los soportes correspondientes a cada cobertura, en original o copia, la cual será válida cuando no sea posible aportar el original y no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella, conforme lo señala el artículo 15 del Decreto – Ley 1281 de 2002. Los soportes correspondientes a cada cobertura, serán:

1. Servicios Médico-Quirúrgicos

- a) Formulario único de reclamación de los prestadores de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito en el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social.
- b) Registro Clínico en el cual el médico o profesional de la salud que lo suscribe, certifica que por el interrogatorio y los hallazgos clínicos y paraclínicos se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona, fue un accidente de tránsito. Para la expedición de esta certificación y según lo establecido en el Artículo 244 de la Ley 100 de 1993, se exigirá el informe policial de accidente de tránsito, elaborados por los organismos de tránsito enunciados en el Artículo 6 de la Ley 769 de 2002.

El Informe Policial de Accidentes de Tránsito corresponde al adoptado por la Resolución 1814 de 2005 del Ministerio de Transporte o las normas que lo modifiquen, adicione o sustituyan.

De no contar con el informe policial, el prestador de servicios de salud estará facultado para recibir una declaración, bajo la gravedad de juramento, de la víctima, si está en condiciones de hacerla, o del acompañante o testigo del accidente, en la que se indique: los datos de la víctima, del acompañante o testigo, las características del accidente, la versión de los hechos como se presentó el siniestro, datos de la póliza del SOAT, o indicar la inexistencia de la misma o que se trata de un vehículo automotor no identificado, en el formato que defina el Ministerio de la Protección Social, el cual será aportado como prueba del evento. Adicionalmente, se incorporará al Registro Nacional de Accidentes de Tránsito que conforma el Registro Único Nacional de Tránsito - RUNT.

Dicho registro podrá ser consultado sin costo alguno, por las entidades aseguradoras del SOAT o el FONSAT, como mecanismo de verificación para la tramitación de las solicitudes de pago.

Para efectos del presente decreto se entienden como registros clínicos los siguientes documentos:

- i. Resumen de historia clínica o epicrisis
 - ii. Orden médica
 - iii. Fórmula médica
 - iv. Resultados de ayudas diagnósticas o terapéuticas
 - v. Informe de atención inicial de urgencias o atención de urgencias
- c) Los demás soportes serán los establecidos, según el tipo de servicio, en el Anexo Técnico Número 5 de la Resolución 3047 de 2008, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

En el caso de utilización de dispositivos médicos cuyo valor unitario supere los cincuenta (50) SMDLV, se deberá anexar la copia de la factura de adquisición, hasta tanto se publiquen los precios de referencia.

- d) Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, definidos por la Resolución 3374 de 2000, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

2. Indemnización por incapacidad permanente:

- a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social.
- b) Copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicione, modifiquen o sustituyan.
- c) Copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral, expedido por las entidades autorizadas para ello de conformidad con la ley. Cuando las personas requieran dicho dictamen para reclamar las indemnizaciones ante la compañía aseguradora del SOAT y/o el FONSAT, el costo de los honorarios de la junta de calificación de invalidez, será equivalente a un salario mínimo legal diario vigente al momento de la solicitud, a cargo del reclamante.

3. Indemnización por muerte:

- a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social.
- b) Copia del Registro Civil de defunción expedido por autoridad competente.
- c) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicione, modifiquen o sustituyan.
- d) Certificación de la Fiscalía en la cual curse el proceso de muerte en accidente de tránsito de la víctima, si fuere el caso;
- e) Prueba de la condición civil de beneficiario, según el caso.

4. Indemnización por gastos funerarios:

- a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social.
- b) Copia del Registro Civil de defunción expedido por autoridad competente.
- c) Factura original que cumpla los requisitos del Estatuto Tributario, debidamente cancelada, expedida por la entidad que prestó los servicios funerarios.
- d) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicione, modifiquen o sustituyan.

- e) Cuando se trate de reclamaciones formuladas por las Administradoras de Fondos de Pensiones o las Administradoras de Riesgos Profesionales, cuenta de cobro acompañada por la certificación del monto total de la indemnización reconocida por dichos sistemas a los beneficiarios de la víctima.

5. Gastos por concepto de transporte de víctimas:

- a) Formulario único de reclamación de gastos de transporte y movilización de víctimas que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social y en el cual el prestador de servicios de salud que atienda la víctima deja constancia de la hora en la cual fue recibida, el lugar en el cual se manifiesta haber sido recogida y la dirección del prestador de servicios de salud que la admitió. Dicha certificación estará suscrita por la persona designada por la entidad hospitalaria para el trámite en admisiones. Cuando el servicio fue prestado por una ambulancia se presenta el formato diseñado por el Ministerio para ellas, diligenciando el aparte correspondiente.
- b) Factura original, que cumpla los requisitos del Estatuto Tributario para las personas jurídicas y cuenta de cobro original para las personas naturales.
- c) Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, sólo se reconocerá a las entidades habilitadas para prestar este servicio.

Parágrafo 1°. Los formularios que adopte el Ministerio de la Protección Social para las reclamaciones de los beneficios previstos en las normas vigentes así como la exigencia de los documentos correspondientes a cada cobertura, aplican para las entidades aseguradoras del SOAT y el FONSAT.

Parágrafo 2°. Los prestadores de servicios de salud habilitados podrán presentar sus reclamaciones de manera electrónica, con firma digital, con un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta, debidamente autorizada para el efecto por la Superintendencia de Industria y Comercio. Para ello se establece un período de transición de un (1) año, contados a partir de la publicación del presente decreto y el Ministerio de la Protección Social reglamentará la estructura de los archivos.

Parágrafo 3°. Los pagos a los prestadores de servicios de salud se harán obligatoriamente a la cuenta bancaria mediante la modalidad de transferencia electrónica. Para otros beneficiarios, siempre se efectuarán directamente al beneficiario debidamente identificado, localizado y en lo posible, a través de cuentas bancarias a su nombre.

Artículo 6°. **Presentación de las facturas y pago de prestación de servicios médico-quirúrgicos.** La presentación y recepción de facturas de prestación de servicios médico-quirúrgicos a las víctimas de accidentes de tránsito, se acogerá a las condiciones definidas en el artículo 3° del Decreto 133 de 2010 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, con excepción del plazo máximo de seis (6) meses para su presentación, establecido en el tercer inciso del numeral 6 de artículo 4° del Decreto 074 de 2010.

Las entidades aseguradoras del SOAT o el FONSAT deberán cancelar el valor de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios en los términos establecidos en el artículo 1 del Decreto 133 de de 2010, pudiéndose pactar acuerdos por pronto pago, si se paga antes de los términos establecidos.

La formulación de glosas y devoluciones, y su respectiva respuesta debe realizarse con base en la codificación y alcance estipulados en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el Anexo Técnico N° 6, de la Resolución 3047 de 2008, el cual deberá ser adicionado en lo pertinente, por el Ministerio de la Protección Social antes del 1 de marzo de 2010.

Las tarifas para los servicios médico-quirúrgicos prestados a víctimas de accidentes de tránsito son las establecidas para actividades, intervenciones y procedimientos en el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan, salvo que existan convenios celebrados entre los prestadores de servicios de salud y las entidades aseguradoras del SOAT o el FONSAT, considerando que en ningún caso las tarifas podrán ser superiores a las establecidas por el citado decreto.

Hasta tanto se encuentre en fase de producción el sistema que arroje el valor promedio del mercado para medicamentos y dispositivos médicos se seguirá reconociendo su valor según lo establecido en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya y el valor a cancelar por el material de osteosíntesis será el pagado por el prestador al proveedor correspondiente, que en todo caso no podrá exceder en más de 10% del costo medio existente en el país.

Parágrafo. Los prestadores de Servicios de Salud deberán adoptar los mecanismos tendientes a garantizar el adecuado diligenciamiento y recopilación de la información requerida en los formularios determinados por el Ministerio de la Protección Social y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar que las precitadas instituciones den observancia a lo ordenado en esta disposición y de imponer las sanciones por el incumplimiento de la obligación anotada.

Artículo 7°. Pago de indemnización diferente a servicios médico quirúrgicos. Las entidades aseguradoras del SOAT y el FONSAT deberán cancelar el valor de los gastos facturados que no hubieren sido objetados dentro del término previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

Parágrafo. Los reclamantes deberán atender las objeciones dentro de los dos (2) meses siguientes a la notificación o de la devolución de los documentos físicos, para cuyo efecto deberán soportar debidamente su pretensión.

Cuando el reclamante no desvirtúe las objeciones dentro del término establecido, se entiende que las acepta y desiste de su reclamación, sin perjuicio de las acciones judiciales a las que hubiere lugar.

Artículo 8°. Controles. Por tratarse de uno de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes tienen a su cargo el pago de las indemnizaciones a las que se refiere el presente decreto, deberán objetar las reclamaciones en las cuales no se encuentre debidamente demostrada la ocurrencia del hecho o la cuantía de la indemnización o ésta ya se hubiere reconocido. Para el efecto, las entidades deberán cruzar los datos que constan en las reclamaciones con aquella información disponible sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto por otra entidad aseguradora del SOAT o el FONSAT, sobre pagos efectuados por las Administradoras de Pensiones y de Riesgos Profesionales, sobre prestadores de servicios de salud y aquellas que prestan servicios de ambulancia habilitadas, sobre vehículos automotores, entidades que ofrezcan la cobertura exequial y las demás que se estimen pertinentes.

Para facilitar los cruces de información antes referidos, el Ministerio de la Protección Social implementará las consultas pertinentes a través del Registro Único de Afiliados, RUAF, para establecer quiénes cuentan con afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral. Hasta tanto se habilite la citada consulta, se procederá a verificar la afiliación mediante la remisión de archivos planos, conforme al anexo técnico que se expida para el efecto.

Las entidades que ofrezcan la cobertura exequial deberán reportar a la Superintendencia Financiera de Colombia o a la Superintendencia de Industria y Comercio según sea el caso, información de contratos exequiales suscritos, precisando los titulares, beneficiarios, coberturas y afectaciones. Esta información estará disponible para consulta por parte de las entidades aseguradoras del SOAT y el FONSAT.

Corresponderá a los órganos de control y vigilancia reglamentar el procedimiento pertinente para los reportes a las bases de datos, a más tardar 1 de junio de 2010.

Igualmente, los prestadores de servicios de salud, el FONSAT y las entidades aseguradoras del SOAT, en cuanto detecten pólizas falsas, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6 de la Ley 796 de 2002 o la que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de la multas de que trata el literal D del artículo 131 de la misma Ley, mediante el procedimiento que se determine para el efecto.

Artículo 9°. Acción de repetición. La compañía aseguradora podrá repetir contra el responsable del accidente por cualquier suma que se haya pagado como indemnización por SOAT, cuando éste, al momento del mismo, haya actuado con dolo o culpa grave. En aquellos casos en los cuales haya omitido el deber de adquirir el SOAT o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación la acción de repetición por parte del FONSAT deberá presentarse contra el propietario del vehículo.

Para la acción de repetición de que trata el literal c del numeral 1 artículo 4 del decreto 074 de 2010 o las normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen, se observarán los siguientes criterios:

El FONSAT repetirá contra las EPS o ARP por los valores pagados a las IPS por la atención de los eventos descritos en el numeral 1 del artículo 2 del presente decreto que superen los 1.100 SMDLV, dentro de los seis (6) meses siguientes contados a partir de la fecha de pago al prestador de servicios de salud.

La ARP o EPS reconocerá al FONSAT los valores pagados que son objeto de recobro y en el evento en que el prestador hubiere aplicado una tarifa superior a la descrita en el parágrafo 1 del numeral 1 del artículo 2 del presente decreto, procederán al correspondiente recobro ante el prestador. La ARP o la EPS informará al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud, en caso de que dicha conducta sea reiterada, para que aplique las sanciones que correspondan.

Artículo 10. Reporte de información. Las entidades aseguradoras del SOAT que expidan el seguro daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, en adición a la información que deben reportar en su condición de sujetos de vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, deberán reportar a dicha Superintendencia los datos específicos relacionados con pólizas expedidas y siniestros pagados por vehículos asegurados, en los formatos

que se adopten para el efecto. Dicha entidad suministrará esta información al Ministerio de la Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud y al FONSAT. De igual modo, el FONSAT permitirá a las entidades aseguradoras del SOAT, acceso a la información de las reclamaciones pagadas correspondientes a vehículos no asegurados o no identificados.

Los prestadores de servicios de salud, que presten los servicios médico-quirúrgicos de que trata el presente decreto deberán informar este hecho a la entidad promotora de salud o a la administradora de riesgos profesionales, según corresponda, a la cual se encuentre afiliada la víctima y a las entidades aseguradoras del SOAT o el FONSAT, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, mediante el diligenciamiento y envío del informe de atención inicial de urgencias establecido en el anexo técnico 2 de la Resolución 3047 de 2008. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de esta disposición.

Artículo 11. Destinación de los recursos del SOAT para prevención vial nacional. Los recursos equivalentes al tres por ciento (3%) de las primas del SOAT que anualmente emitan las compañías aseguradoras que operan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, conformarán un fondo privado que se manejará por fiducia mercantil y con un consejo de administración en el cual tendrá cabida un representante del Ministerio de la Protección Social y un representante del Ministerio de Transporte, para campañas de prevención vial nacional tales como el control al exceso de velocidad, control al consumo de alcohol y estupefacientes, promoción del uso de cinturones de seguridad, entre otras.

Artículo 12. Otras condiciones. En adición a lo previsto en los artículos anteriores, las condiciones generales aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, SOAT, incluirán las siguientes cláusulas:

1. Exclusiones

El seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, no se encuentra sujeto a exclusión alguna y, por ende, ampara todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito de conformidad con lo definido en el presente decreto.

2. Concurrencia de vehículos

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores cada compañía aseguradora operadora del SOAT o el FONSAT según el caso, correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes según corresponda. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las entidades aseguradoras del SOAT o el FONSAT entre sí.

3. Inoponibilidad de excepciones a las víctimas

A las víctimas de los accidentes de tránsito y sus causahabientes no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, sólo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción y transacción.

4. Subordinación de la entrega de la póliza al pago de la prima

La entrega de esta póliza al tomador está condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentre a cargo de entidades de derecho público.

Por lo tanto, pagada la prima por parte del tomador, la compañía aseguradora operadora del SOAT deberá facilitar las condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

5. Irrevocabilidad

Este contrato de seguro no puede ser revocado por ninguna de las partes intervinientes en el mismo, excepto cuando:

1. Exista coexistencia de seguros SOAT.
2. Se extinga el objeto asegurado, lo cual implica la cancelación de matrícula por destrucción del vehículo.

6. Cambio de utilización de vehículo y de cilindraje

El tomador deberá notificar por escrito a la compañía aseguradora operadora del SOAT, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones del cilindraje en el mismo. La notificación deberá hacerse a más tardar a los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio y en este evento, la compañía aseguradora operadora del SOAT y el tomador, podrán exigir el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

7. Transferencia del vehículo

La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no produce la terminación del contrato de seguro, el cual continuará vigente hasta su expiración.

No obstante lo anterior, el nuevo propietario deberá notificar por escrito a la compañía aseguradora operadora del SOAT que hubiere expedido el seguro, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio los datos correspondientes, para que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.

8. Régimen legal

Lo no previsto en este contrato, se rige por lo dispuesto en el artículo 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las normas que regulan el contrato de seguro en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

Artículo 13. Procedimiento de reclamación ante el FOSYGA. De acuerdo con lo definido en el Decreto 074 de 2010, las reclamaciones por los servicios médico-quirúrgicos otorgados por los prestadores de servicios de salud a víctimas de accidentes de tránsito se presentarán bajo los siguientes términos:

1. Por los accidentes sucedidos antes del 01 de marzo de 2010, los prestadores de servicios de salud, continuarán presentando las reclamaciones al FOSYGA, de acuerdo con los términos definidos en el Decreto 3990 de 2007 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
2. A partir del 1º de marzo de 2010, el FOSYGA será responsable por la atención integral de las reclamaciones que por los eventos de accidentes de tránsito se hubieren presentado ante el Administrador Fiduciario con corte al 28 de febrero de 2010 y tengan estado No Aprobado. Los requisitos para la acreditación de la calidad de víctima y del evento de accidente de tránsito, serán los contenidos en el Decreto 1283 de 1996 o el Decreto 3990 de 2007, de acuerdo con la fecha de ocurrencia del evento y se presentarán en el formulario adoptado para tal fin en la Resolución 1915 de 2008 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo 14. Reconocimiento anticipado del valor de reclamaciones radicadas ante el FOSYGA. De acuerdo con lo definido en el artículo 5º del Decreto 074 de 2010, las reclamaciones por los servicios médico-quirúrgicos otorgados por los prestadores de servicios de salud a víctimas de accidentes de tránsito y presentadas ante el FOSYGA, se presentarán bajo el siguiente procedimiento:

1. El Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA, certificará por cada prestador de servicios de salud, la información de las reclamaciones radicadas con glosa y con estado No Aprobado distinguiendo aquellas con glosas subsanables y no subsanables, previa verificación de la firma auditora del contrato de administración fiduciaria, la cual será remitida a más tardar el 1 de marzo de 2010 a dichos prestadores.
2. Las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas de acuerdo con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, o en proceso de acreditación de acuerdo con las condiciones que establezca el Ministerio de la Protección Social, podrán presentar las garantías bancarias sobre los valores de reclamaciones con glosas subsanables sobre las que pretendan solicitar el pago anticipado ante el FOSYGA, acompañado del formulario XXX anexo a éste decreto, donde se detallan los números de radicado que identifica dichas reclamaciones. Dicho formulario deberá estar suscrito por el representante legal o Gerente de la IPS.

La presentación del formulario XXX acompañado por la garantía bancaria, será presentada por las instituciones prestadoras de servicios de salud que cumplan con los criterios de acreditación antes establecidos, a más tardar el 15 de marzo de 2010, fecha en la cual el administrador fiduciario del FOSYGA procederá a validar dicha información, teniendo un término de 15 días posteriores al recibo de los requisitos de esta documentación, para aprobarla o devolverla cuando la misma no reúna los requisitos establecidos en el artículo 5º del presente decreto, e informará el resultado a la IPS correspondiente. En caso de ser aprobada, el administrador fiduciario del FOSYGA realizará el giro correspondiente por la totalidad de los recursos de las reclamaciones ya validadas y soportadas por dicha garantía bancaria, en los términos de que trata el artículo 5º del Decreto 074 de 2010.

3. Los prestadores de servicios de salud deberán radicar dentro de un término de un (1) mes contado a partir de la fecha de la comunicación de aprobación de la garantía bancaria y giro de los recursos de las reclamaciones pagadas de manera anticipada, las reclamaciones con las glosas subsanadas, y una vez surtido este proceso no procederá una nueva radicación.

4. El administrador fiduciario del FOSYGA dispondrá de un término de dos (2) meses, contados a partir de la radicación de las reclamaciones cuya glosa se pretenda subsanar, para realizar la auditoría integral y comunicar el resultado.
5. En caso de que no se hubiere subsanado la glosa y antes de realizar efectiva la garantía bancaria, el Administrador fiduciario del FOSYGA y los prestadores de servicios de salud, podrán realizar una única reunión de conciliación para dirimir los resultados de las glosas y llegar a un acuerdo sobre el resultado de las mismas, siendo el término para realizar los acuerdos conciliatorios de dos (2) meses.
6. En caso de que no se hubiere subsanado la glosa, y habiendo agotado el recurso de que trata el numeral 5 de este artículo, el administrador fiduciario del FOSYGA hará efectiva la garantía bancaria y se devolverán los documentos dentro de los veinte (20) días siguientes a la culminación del proceso de conciliación, sin perjuicio de la responsabilidad de la institución prestadora de restituir los recursos que no fueren cubiertos por la garantía bancaria.
7. En caso de que la garantía bancaria constituida no cubra el monto total del pago anticipado y el prestador de servicios de salud no cumplan con su obligación de restitución de estos recursos, el administrador fiduciario del FOSYGA podrá recurrir a los mecanismos de que trata el Decreto 075 de 2010 para solventar las controversias de contenido económico que surjan de este proceso.

Artículo 15. Reconocimiento de reclamaciones radicadas ante el FOSYGA por parte de prestadores de servicios de salud no acreditados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Los prestadores de servicios de salud que no estén acreditados de acuerdo con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, o no demuestren estar en proceso de acreditación de acuerdo con las condiciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social, podrán presentar las aclaraciones de las glosas de las reclamaciones en estado No Aprobado que hayan sido reportadas por parte del Administrador Fiduciario del FOSYGA en los términos del numeral 1 del artículo 3 del presente Decreto, bajo el siguiente procedimiento:

1. Dicha presentación se podrá realizar entre el período comprendido entre el 1 de abril y el 31 de julio de 2010 por una única vez, y una vez surtido este proceso no procederá una nueva radicación. El administrador fiduciario del FOSYGA contará con dos (2) meses, contados a partir de la radicación de las reclamaciones cuya glosa se pretenda subsanar, para realizar la auditoría integral y comunicar el resultado.
2. En caso de que no se hubiere subsanado la glosa el Administrador fiduciario del FOSYGA y los prestadores de servicios de salud, podrán realizar una única reunión de conciliación para dirimir los resultados de las glosas y llegar a un acuerdo sobre el resultado de las mismas, siendo el término para realizar los acuerdos conciliatorios dentro de este proceso de dos (2) meses.

Artículo 16. Condiciones de la garantía bancaria. La garantía bancaria, soporte del giro anticipado del que se refiere el artículo 5º del Decreto 074 de 2010, será aceptable si reúne las siguientes condiciones:

1. Debe ser expedida por un establecimiento de crédito vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia.
2. Debe constar en un documento privado, suscrito por el representante legal del establecimiento de crédito, con reconocimiento de texto y firma ante Notario Público, acompañado del certificado de representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
3. El beneficiario de la garantía bancaria deberá ser el FOSYGA.
4. Debe contener la obligación de pagar a primer requerimiento en forma expresa, autónoma e irrevocable, a favor del FOSYGA, hasta el valor del monto garantizado.
5. El monto de la garantía debe cubrir el cincuenta por ciento (50%) del valor de los recursos que se pretendan obtener como pago anticipado.
6. La vigencia de la garantía bancaria deberá cubrir hasta el 15 de diciembre de 2010.
7. Deberá ser efectiva a primer requerimiento, bastando para ello la simple comunicación del administrador fiduciario del FOSYGA, en la que informe que el garantizado no subsanó las glosas de las reclamaciones objeto de pago anticipado.
8. Deberá permitir la posibilidad de hacer reclamaciones parciales sobre el valor total de la misma.

Artículo 17. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación modifica y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a

Oscar Iván Zuluaga Escobar

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Diego Palacio Betancourt

El Ministro de la Protección Social,