



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2025

()

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por los artículos 173, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 2.6.1.4.2.3 y 2.6.1.4.3.13 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, y el artículo 2° de la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, la prestación del servicio público esencial obligatorio de salud se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Que el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 dispone que el Estado intervendrá en el servicio público de salud con el fin de lograr, principalmente, los fines de “a) garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos 2 y 153 de esta Ley [modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011], b) Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia”.

Que dentro de los principios desarrollados en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011 se destacan los de equidad y eficiencia, en virtud de los cuales “3.7. *El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población*” y “3.9. *Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población*”,

Que en ese mismo sentido, el artículo 5° de la Ley 1751 de 2015 establece como obligaciones del Estado la de “f) *velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de la población*”.

Que así mismo, el artículo 6° de la Ley 1751 de 2015 contempla, dentro de los principios del derecho fundamental a la salud, los principios *pro homine*, de continuidad y de oportunidad que, en su orden, consagran: “*Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas*”, “*Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser*

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

interrumpida por razones administrativas o económicas;” y “La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones”.

Que adicionalmente, el artículo 8° de la Ley 1751 de 2015 desarrolla la integralidad que se erige como principio del ejercicio del derecho a la salud con base en el cual *“los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.”*

Que, por su parte, el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 define, en su numeral 3, dentro de las funciones del hoy Ministerio de Salud y Protección Social las de *“expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud”.*

Que el artículo 4° de la Ley 1438 de 2011 define que la dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de la Protección Social, como órgano rector de dicho sector.

Que de conformidad con el artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de tránsito incluye una cobertura de gastos de salud, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones personales, la cual es fijada por el Gobierno nacional.

Que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), a la cual se asignó, entre otras funciones, la de administrar los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA y adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que aseguren el buen uso y control de éstos.

Que, mediante el Decreto 2265 de 2017, compilado en el Decreto 780 de 2016, se establecieron las condiciones generales de operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y se facultó a esa entidad para adoptar las condiciones operativas para el trámite de reconocimiento y pago de los servicios de salud, gastos de transporte, indemnización por incapacidad permanente e indemnización por muerte y gastos funerarios, ocasionados por eventos terroristas, de origen natural, o un accidente de tránsito en que participen vehículos no identificados o no asegurados.

Que el artículo 1 del Decreto 2497 de 2022 estableció un rango diferencial por riesgo, para los vehículos de las categorías ciclomotor, motos de menos de 100 cc, motos de 100 cc y hasta 200 cc, motocarros tricimotos y cuadriciclos, motocarros 5 pasajeros, autos de negocios, taxis y microbuses urbanos, servicio público urbano, buses y busetas y vehículos de servicio público intermunicipal, para efectos de la determinación de la tarifa del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Que el artículo 2 del Decreto 2644 de 2022, modificó algunos artículos del Decreto 780 de 2016, entre otros, el artículo 2.6.1.4.2.3 a través del cual se dispuso las cuantías, expresadas en Unidades de Valor Tributario -UVT, correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, cubiertas por las compañías aseguradoras del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT y por la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

Que el artículo 4° de la Resolución 326 de 2023, modificado por el artículo 1° de la Resolución 2225 de 2023, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, establece el procedimiento para el cobro y pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito amparados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT con rango diferencial por riesgo, se prevé que *“Los prestadores de servicios de salud deberán anexar a la radicación de las reclamaciones de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT con rango diferencial por riesgo, de que trata el numeral 3 del artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016, el certificado de reconocimiento de los servicios de salud prestados hasta 263,13 Unidades de Valor Tributario (UVT) emitido por la respectiva aseguradora autorizada para operar el ramo SOAT, la cual deberá incluir el valor en pesos y en Unidades de Valor Tributario (UVT)”*.

Que, con la modificación introducida por la Resolución 2225 de 2023, se suprimió como requisito del certificado de agotamiento de cobertura por la aseguradora el detalle de los servicios de salud reconocidos por la aseguradora.

Que la Resolución 1236 de 2023 definió los requisitos, criterios y condiciones para la presentación de las reclamaciones, la realización de la auditoría integral y el pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de las víctimas de accidentes de tránsito, eventos terroristas y eventos catastróficos de origen natural presentados ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Que el artículo 313 de la Ley 2294 de 2023, Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, creó la Unidad de Valor Básico (UVB) y ordenó que todas las tarifas denominadas y establecidas con base en salarios mínimos o en Unidades de Valor Tributario - UVT, deberán ser calculadas con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Básico -UVB.

Que mediante Resolución 193 de 2024, la DIAN fijó el valor de la UVT para 2025 en cuarenta y nueve mil setecientos noventa y nueve pesos (\$ 49.799) y a través de la Resolución 3914 de 2024, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se estableció el valor de la UVB para el año 2025 en once mil quinientos cincuenta y dos pesos (\$11.552,00).

Que al hacer la equivalencia de UVT en UVB se obtiene un factor de conversión de 4,31 (\$49.799/\$11.552) y, en consecuencia, los valores para la definición de la cobertura a cargo de las aseguradoras SOAT para 2025 para vehículos amparados con póliza de rango diferencial será de 1.134,32 UVB, el cual una vez superado, deberá ser cancelado por ADRES hasta un máximo de 3.024,84 UVB.

Que los servicios prestados en el primer nivel de atención, no superarán el tope de 1.134,32 UVB, por lo cual no serán objeto de esta resolución y deberán presentar la factura a la aseguradora correspondiente o a ADRES en los casos de vehículos no amparados o vehículos fantasma.

Que los prestadores de salud de mediana y alta complejidad han identificado dificultades en la obtención del certificado de agotamiento de cobertura a cargo del primer pagador, respecto de los servicios prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, en los que el vehículo involucrado se encuentra amparado con la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT y hace parte de los vehículos pertenecientes al rango diferencial por riesgo, tal como se puede ilustrar con la información suministrada por la Dirección de Otras Prestaciones de ADRES respecto de la facturación radicada ante ella por concepto de reclamaciones por atención a víctimas de accidentes de tránsito cubiertos por una póliza de rango diferencial durante el segundo trimestre de 2025

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

Periodo	Reclamaciones	Valor_Total_Reclamado,
abr	14.119	\$ 29.137.225.984,00
may	12.051	\$ 22.588.551.065,00
jun	8.292	\$ 18.225.116.896,00
Total general	34.462	\$ 69.950.893.945,00

El siguiente cuadro presenta un resumen de los tiempos entre el egreso de la víctima y la fecha de radicación

Tiempo entre egreso y radicación	Cantidad reclamaciones	% Participación tiempo de radicación	Suma de Valor_Total_Reclamado
Entre 211 y 480	14397	42%	30.562.016.831,00
Mayor 481 días	8809	26%	21.400.986.981,00
121 y 210 Días	4837	14%	10.322.614.868,00
60 y 120 días	3500	10%	5.428.288.970,00
Entre 30 y 60 días	1856	5%	1.490.546.345,00
Menor a 30 Días	1028	3%	636.963.741,00
Total general	34427		69.841.417.736,00

Esta dificultad obedece a la confusión generada entre la exigencia de que la factura presentada a la aseguradora SOAT no supere el monto máximo de cobertura a su cargo, y la definición misma de la cuantía cuya responsabilidad de pago corresponde a dicha aseguradora, conforme a lo establecido en la normativa aplicable al régimen de amparo diferencial por riesgo.

Que en virtud del proceso de auditoría se pueden formular glosas a la factura presentada a las aseguradoras, con lo cual se afecta el momento de alcanzar el tope de la cuantía de cobertura y por el proceso de discusión sobre la pertinencia de la glosa se extienden ineficientemente los tiempos para el pago y, adicionalmente, se retrasa la oportunidad de radicación de la reclamación ante la— ADRES, por los gastos que excedan la cuantía de cobertura a cargo del primer pagador.

Que la afectación del flujo de recursos atenta contra la garantía del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley Estatutaria de Salud, en especial, respecto de la continuidad e integralidad del servicio.

Que, al respecto, la Corte Constitucional en la sentencia C-260 de 2008, al analizar el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 señaló que *“Por otra parte, esta norma (iv) en la medida en que garantiza el flujo de recursos hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios, promueve el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud lo cual redundará en la protección de los usuarios y en la posibilidad de brindar atención adecuada a las personas por lo cual desarrolla varios principios específicos del ámbito de la salud, como la solidaridad y la eficiencia, al permitir una mejor utilización de los recursos financieros disponibles y el beneficio de los usuarios del sistema. [...] De tal manera que la finalidad primordial es asegurar el goce efectivo del derecho a la salud por parte de los usuarios ya que el flujo de recursos hacia las IPS es necesario para que éstas puedan atender adecuadamente a sus pacientes”*.

Que el artículo 1080 del Código de Comercio establece que el asegurador deberá realizar el pago de la reclamación dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 *ibidem*, requisito que, para las reclamaciones del seguro obligatorio de accidentes de tránsito se entiende que se acredita al momento de radicar la factura.

Que con el fin de superar la afectación del flujo de recursos, resulta procedente establecer la obligatoriedad para los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad de presentar a las aseguradoras del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito —SOAT— la factura correspondiente a la totalidad de los servicios prestados a la víctima de un accidente de tránsito, durante la internación cuando el valor sobrepase el monto de 1.134,32 UVB y el vehículo involucrado se encuentre amparado por una póliza SOAT con rango diferencial por riesgo. A partir

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

de dicha factura, las aseguradoras autorizadas para expedir pólizas SOAT deberán seleccionar, en orden cronológico, aquellos servicios que, a su juicio, no sean objeto de glosa, para efectos de su reconocimiento y pago hasta el límite de cobertura de 1.134,32 UVB, indicando expresamente las razones por las cuales los servicios de salud anteriores no se reconocen por su valor total.

Que el Sistema de Información de Reporte de Atenciones en Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito (SIRAS) es un mecanismo de información del que disponen las compañías aseguradoras autorizadas para operar el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), a través del cual, mediante el diligenciamiento del anexo técnico dispuesto para estos efectos, los prestadores de servicios de salud y del servicio de transporte de la víctima al primer sitio de atención registran la atención en salud a las víctimas de accidentes de tránsito dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, en tanto las entidades departamentales y distritales de salud, a través de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres –CRUE– informan los códigos de registros asignados al servicio de atención prehospitalaria y de transporte asistencial, a más tardar dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la prestación del servicio.

Que el SIRAS constituye un punto de referencia para la información oportuna de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito y la trazabilidad de las atenciones en salud prestadas a la víctima, en tiempo real, información que al estar estandarizada, posibilita a las aseguradoras, al Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES ejercer control sobre el proceso de atención en salud de las víctimas de accidentes de tránsito y la utilización de los recursos en línea con el principio de eficiencia de que trata el literal k) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015, así como evidenciar las fallas o vacíos en la calidad y oportunidad de la información del reporte del siniestro vial por las atenciones de salud y el transporte al primer sitio de atención.

Que mediante Circular 008 de 2023 expedida por el Director General de ADRES se adoptaron los formularios para la reclamación ante las entidades aseguradoras autorizadas para expedir las pólizas SOAT y la ADRES, incluyendo el FUCTAS (Certificado de Tope de Aseguradoras del SOAT), el cual debe ser remitido por dichas entidades a la ADRES los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, y que igualmente en esta circular se estableció como dato obligatorio del FURIPS el “Número de radicado SIRAS”, campo en el cual se deberá registrar el número id_atención, generado por el sistema SIRAS cuando la IPS reporta la atención.

Que, en consecuencia, se hace necesario modificar el procedimiento de cobro y algunas disposiciones frente al pago de tales servicios de salud sobre la base de la integralidad en la atención que está asociada al flujo de recursos hacia quienes prestan los servicios de salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO 1°. OBJETO - La presente Resolución tiene por objeto establecer el procedimiento para la generación, radicación, reconocimiento y pago de las reclamaciones derivadas de servicios de salud en internación de mediana y alta complejidad, ocasionados por accidentes de tránsito, cuando el vehículo involucrado cuente con una póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) con rango diferencial por riesgo.

ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. - El presente acto administrativo aplica a los Prestadores de Servicios de Salud, a las aseguradoras autorizadas para operar el ramo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, en adelante y para efectos de esta

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

resolución, aseguradora y a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

ARTÍCULO 3º. INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO. En desarrollo de lo previsto en el artículo 8º de la Ley 1751 de 2015, así como del principio *pro homine* contenido en el literal b) del artículo 6º *ibidem*, la radicación, el pago y reconocimiento de las atenciones que se realicen por causa de un accidente de tránsito tendrá en cuenta que la finalidad de estos procedimientos se encuentra asociado con la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud y que la protección integral del mismo incorpora las atenciones en salud a las personas que sufren accidentes de tránsito, de conformidad con lo previsto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, así como los aspectos financieros relacionados directamente con tales atenciones.

ARTÍCULO 4º. RADICACIÓN DE LA FACTURA POR EL PRESTADOR. Para el cobro y pago de los servicios de atención de mediana o alta complejidad intrahospitalaria prestados a víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos asegurados con rango diferencial, el prestador de servicios de salud radicará ante la aseguradora, una factura por el valor total de los servicios prestados a la víctima de accidente de tránsito, con el cumplimiento de los soportes definidos en el artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto 780 de 2016, incluido el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS como soporte de la misma, debidamente validado por el mecanismo único de validación dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo, los prestadores de servicios de salud deberán adjuntar en su reclamación los documentos definidos en el artículo 9 de la presente Resolución.

Parágrafo 1. El prestador podrá optar por hacer un cierre de la factura cuando el monto de los servicios a facturar supere las 2000 UVB y emitirá la factura a nombre de la aseguradora.

Parágrafo 2. En todo caso, la aseguradora deberá realizar el pago de la reclamación dentro del plazo del artículo 1080 del Código de Comercio, es decir, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 *ibidem*, requisito que, para las reclamaciones del seguro obligatorio de accidentes de tránsito se entiende cumplida al momento de radicar la factura.

ARTÍCULO 5º . REVISIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA. La aseguradora, antes del día 25 calendario siguiente a la radicación de la factura, deberá realizar la revisión de los servicios y tecnologías en salud incluidos en ella en orden cronológico e identificará aquellos sobre los cuales no se encuentre ninguna causal de glosa, hasta alcanzar las 1.134,32 UVB o el número de UVB que se defina según el valor de la UVB que se determine para cada año e informará al prestador de servicios de salud, el resultado de dicha revisión mediante envío al correo electrónico que figure en la factura electrónica de venta en salud. En dicho informe, también indicará las causales de glosa a los servicios de salud cuyo valor no reconocerá en su totalidad, conforme el formato estandarizado que se incluye en el Anexo Técnico 1 que hace parte integral de la presente resolución

La aseguradora, en la consideración del tope de 1.134,32 UVB para el año 2025 o el que resulte del ajuste para cada año, deberá tener en cuenta las facturas que ya le hayan radicado por este mismo accidente de tránsito otro prestador y que haya aceptado cancelar en un 100%.

Parágrafo 1. En caso de que la aseguradora formule glosas, el prestador de servicios de salud que haya atendido previamente a la víctima durante el siniestro actual evaluará si son subsanables o injustificadas y, en tal caso, las facturará a la ADRES. Si el prestador que realizó la primera atención radica la factura por sus servicios posterior a la revisión que haga la aseguradora de los servicios de mediana y alta complejidad en los términos del presente artículo, deberá radicarla ante ADRES.

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

Parágrafo 2. Si el prestador de servicios de salud considera que las glosas son justificadas pero subsanables, procederá a realizar los ajustes correspondientes y las incluirá en orden cronológico con los demás servicios y tecnologías en salud no auditados por la aseguradora en la Factura electrónica de venta en salud, con validación previa de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN, y emitirá el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS soporte correspondiente, el cual deberá contar con el Certificado Único de Validación de que trata la Resolución 2275 de 2023 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la radicará ante ADRES.

ARTÍCULO 6º. EXPEDICIÓN DE NOTA CRÉDITO POR EL EXCEDENTE QUE NO PAGARÁ LA ASEGURADORA. Dentro de los dos (2) días calendario siguientes a la recepción de la comunicación del resultado de la revisión de que trata el artículo anterior, el prestador de servicios de salud procederá a emitir la correspondiente nota crédito con validación de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN y con su Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS soporte, y una vez surtido el proceso de validación ante el mecanismo único de validación del Ministerio de Salud y Protección Social, procederá a su radicación ante la aseguradora autorizada para operar el ramo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT.

ARTÍCULO 7º. PAGO DEL VALOR NO GLOSADO Y EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO DE COBERTURA. Dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la radicación de la nota crédito a que se refiere el artículo anterior, la aseguradora procederá a realizar el pago mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria indicada por el prestador de servicios de salud en su factura, y emitirá el certificado de agotamiento de cobertura, el cual enviará a la dirección electrónica del prestador, además de su remisión conforme lo dispuesto en la Circular 022 de 2023 de ADRES. Adicionalmente, deberá enviar mensualmente el FUCTAS a la ADRES

ARTICULO 8º . EXPEDICIÓN DE LA FACTURA POR LOS VALORES A CARGO DE ADRES. Una vez surtido el trámite de que trata el parágrafo 2 del artículo 5º de la presente resolución, el prestador de servicios de salud emitirá la factura electrónica de venta en salud dando cumplimiento a los requisitos establecidos en la Resolución 2275 de 2023, y procederá a su radicación electrónica ante la ADRES en los términos y condiciones definidos en la resolución 1236 de 2023 o la que la derogue, modifique u adicione y el certificado de reconocimiento de póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT de que trata el artículo 4 de la Resolución 326 de 2023, modificado por el artículo 5º de la presente Resolución.

ARTICULO 9º . Modifíquese el artículo 5 de la Resolución 1236 de 2023, expedida por este Ministerio, el cual quedará así:

“Artículo 5º. Soportes de la prestación de los servicios de salud. Las condiciones y documentos que deben acreditarse por parte del reclamante ante la ADRES o las aseguradoras, según corresponda, son:

5.1. Resumen de atención cuando no sea obligatorio el diligenciamiento de la epicrisis. Serán válidos como resumen de atención, uno o varios de los siguientes documentos: la hoja de traslado de la víctima, la hoja de evolución, la hoja de referencia y contrarreferencia, la hoja de administración de medicamentos, la hoja de atención de urgencias, la historia clínica, el registro de anestesia, la fórmula médica, el soporte de lectura o interpretación de paraclínicos y las imágenes diagnósticas realizadas al momento del ingreso y egreso, así como el soporte de lectura.

5.2. Factura electrónica de venta y/o documento equivalente del reclamante.

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

5.3. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, copia de la factura electrónica de venta y/o equivalente, expedida por el proveedor, ya que esta soportará las tarifas máximas a reconocer.

5.4. Cuando se trate de eventos catastróficos de origen natural, o eventos terroristas, además de los documentos anteriormente descritos, será preciso adjuntar el certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados, conforme con lo establecido en el artículo [2.6.1.4.3.9](#) del Decreto número 780 del 2016.

5.6 Copia del Informe al SIRAS

5.7 Copia del informe de servicios aceptados para pago por la aseguradora y razones de no aceptación para pago de los servicios anteriores al último aceptado conforme el estándar definido en el Anexo Técnico 1 de la presente resolución.

5.8 Copia del certificado de agotamiento de cobertura a cargo de la aseguradora.

En todo caso, los soportes de que trata el presente artículo deberán guardar relación entre los servicios prestados y el evento que origina la reclamación.

Parágrafo 1°. A partir de la entrada en vigencia por Grupos de Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud, deberá acogerse lo dispuesto sobre la factura electrónica de venta en salud y/o equivalente y los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), como soporte de la misma, conforme lo establecido en la Resolución 2275 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2°. En ningún caso se requiere autorización de servicios de salud emitida por la ADRES.

ARTÍCULO 10°. Modifíquese el artículo 5 de la Resolución 3823 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 5. Alcance del reporte de la atención en salud a víctimas de accidentes de tránsito.

En ningún caso el registro y diligenciamiento efectuado por los prestadores de servicios de salud y del servicio de transporte al primer sitio de atención, a través del Sistema de Información de Reporte de Atenciones en Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito (SIRAS), de la atención en salud a las víctimas de accidentes de tránsito del que trata el artículo 4 la presente resolución, podrá entenderse como solicitud de autorización administrativa para la prestación de los servicios; sin embargo, el número del registro oportuno del reporte debe ser incluido en los formatos soporte para la presentación de las reclamaciones y el reconocimiento del pago correspondiente.

Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT y la ADRES o quien haga sus veces, deberán remitirle de manera mensual a la Superintendencia Nacional de Salud –SNS–, para lo de su cargo, la relación de los prestadores de servicios de salud y del servicio de transporte al primer sitio de atención incursos en el incumplimiento de la obligación de informar, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención a víctimas de accidente de tránsito, lo correspondiente a las atenciones en salud y el transporte en el mecanismo de reporte SIRAS”

ARTÍCULO 11°. Modifíquese el artículo 6 de la Resolución 3823 de 2016 (modificado por el artículo 5° de la Resolución 311 de 2020), el cual quedará así:

“Artículo 6. Disposición de información. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT deberán disponer los datos en el Sistema de Información de Reporte de Atenciones en Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito (SIRAS) del que trata el artículo 4 de la presente resolución al Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES—, a través de la plataforma web, ajustada conforme a las especificaciones técnicas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con el propósito de facilitar la consulta de la información reportada y garantizar la completitud del reporte en el proceso de reclamación de los servicios prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, las compañías aseguradoras deberán habilitar el acceso a esta información a los prestadores de servicios de salud y del servicio de transporte encargados de trasladar a la víctima al primer sitio de atención.

En ningún caso, las compañías aseguradoras podrán disponer la información de atenciones en salud a cualquier otra entidad diferente a las previstas en el presente artículo sin la previa autorización de este Ministerio.”

ARTICULO 12º. TRÁMITE EN LA ADRES. Una vez radicada la reclamación, con los documentos señalados en el artículo 9º de la presente Resolución, la ADRES, procederá con el procedimiento de revisión y pago establecido en la Resolución 1236 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

ARTICULO 13º. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y será aplicable a la facturación de los servicios de salud derivados de la atención a víctimas de accidentes de tránsito ocurridos a partir del primer día calendario del tercer mes siguiente a su entrada en vigencia, deroga la Resolución 2225 de 2023, y modifica los artículos 6º. de la Resolución 3823 de 2016 de 2016 (modificado por el artículo 5º de la Resolución 311 de 2020); 4º. de la Resolución 326 de 2023 y 5º. de la Resolución 1236 de 2023.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los,

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó: Luis Alberto Martínez Saldarriaga – Viceministro de Protección Social
Rodolfo Enrique Salas Figueroa – Director Jurídico (E)

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

ANEXO TECNICO 1

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL INFORME DE REVISIÓN DE LA FACTURA
PRECISANDO SERVICIOS ACEPTADOS PARA PAGO AL 100% Y CAUSAS DE NO
INCLUSIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS PRESTADOS ANTES DEL ÚLTIMO ACEPTADO

PRESENTACIÓN: Mediante el presente Anexo Técnico se define el contenido estandarizado del informe de revisión de la factura de que trata el artículo 5º de la presente Resolución.

RESPONSABILIDAD Y OPORTUNIDAD: La Aseguradora SOAT deberá diligenciar y remitir antes del día 25 calendario contado a partir de la radicación de la factura por parte del prestador con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la resolución 2275 de y la Resolución 1236 de 2023, modificada por el artículo 9º de la presente Resolución, expedidas por este Ministerio.

MEDIO DE ENVÍO: El informe deberá ser remitido al prestador a la dirección de correo electrónico contenido en la factura de venta en salud radicada por el prestador.

CONTENIDO ESTANDARIZADO:

Datos Generales:

Nombre de la Aseguradora SOAT y código.

Fecha de diligenciamiento:

Tipo documento de la víctima:

Número documento de la víctima

Fecha del evento

Número de Póliza

Número de la placa del vehículo involucrado:

Número factura:

Datos de servicios aceptados para pago al 100%:

Código del servicio.

Valor unitario

Cantidad de servicios

Valor total del servicio

Valor total aceptado para pago de la factura

Datos de servicios que no se aceptan para pago total prestados cronológicamente antes del último aceptado para pago :

Código del servicio.

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

Valor unitario

Cantidad de servicios

Valor total.

Razón para el no reconocimiento.

Nombre completo e identificación del responsable del diligenciamiento.

Firma del responsable del diligenciamiento.

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO.

Datos Generales:

Nombre de la Aseguradora SOAT y código: Registre el nombre de la Aseguradora y el código autorizado por la Superintendencia Financiera

Fecha de diligenciamiento: Use el formato aaaa-mm-dd

Tipo documento de la víctima: Seleccione el tipo de documento dentro de las opciones establecidas en la Circular 0008 de 2023 de ADRES

Número documento de la víctima: Registre el número de documento del paciente

Fecha del evento: Use el formato aaaa-mm-dd para el registro de la fecha del accidente de tránsito

Número de Póliza: Registre el número de la Póliza SOAT

Número factura: Registre el número de la factura del prestador a la cual se refiere este informe.

Datos de servicios aceptados para pago al 100%:

Los datos relacionados a continuación se deben diligenciar por cada uno de los servicios aceptados para pago al 100%

Código del servicio. Registre el código usado en la factura para identificar el servicio aceptado

Valor unitario: Use el valor definido en la factura

Cantidad de servicios. Registre la cantidad de servicios del mismo código aceptados para pago al 100%

Valor total. Registre el valor total aceptado para pago al 100% del mismo código de servicio-

Datos de servicios prestados cronológicamente antes del último aceptado para pago:

Los datos relacionados a continuación se deben diligenciar por cada uno de los servicios que no son aceptados para pago al 100%

Código del servicio. Registre el código usado en la factura para identificar el servicio no aceptado para pago al 100%

Valor unitario: Use el valor definido en la factura

Cantidad de servicios: Registre la cantidad de servicios del mismo código NO aceptados para pago al 100%

Valor total. Registre el valor total NO aceptado para pago al 100% del mismo código de servicio-

Razón para el no reconocimiento. Registre la razón de no aceptar el pago al 100% en cada uno de los servicios a los que aplique,

“Por la cual se modifica el procedimiento de cobro de los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito amparados por el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito — SOAT con rango diferencial por riesgo y se dictan otras disposiciones”

--

Firma del responsable del diligenciamiento. Diligencie nombre y apellidos completos, tipo y número del documento de identificación cargo de la persona responsable del diligenciamiento del presente informe. Incluya su firma gráfica o electrónica.